



HAL
open science

En 2016, le médecin généraliste a-t-il encore intérêt à se faire remplacer ? : à propos d'une enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés en Lorraine

Mathieu Aubert

► **To cite this version:**

Mathieu Aubert. En 2016, le médecin généraliste a-t-il encore intérêt à se faire remplacer ? : à propos d'une enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de médecins généralistes installés en Lorraine. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932440

HAL Id: hal-01932440

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932440v1>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Mathieu AUBERT

le 27 septembre 2017

EN 2016, LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE A-T-IL ENCORE INTÉRÊT À SE FAIRE REEMPLACER ?

À propos d'une enquête qualitative réalisée à partir d'entretiens individuels auprès de
médecins généralistes installés en Lorraine.

Membres du jury :

Président :

M. le Professeur Dominique DE KORWIN

Juges :

M. le Professeur Paolo DI PATRIZIO

M. le Docteur Mathias POUSSEL

M. le Docteur Jean-Marie HEID (Directeur de thèse)

LISTE DES PROFESSEURS

16 février 2017



UNIVERSITÉ
DE LORRAINE



Faculté de Médecine

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL
Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD
Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN
Gérard HUBERT - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Pierre MATHIEU
Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL
Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ
Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET
Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Alain GERARD - Professeure Michèle KESSLER -
Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone
GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Paul
VERT - Professeur Michel VIDALHET

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Marc BRAUN - Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Professeur Christo CHRISTOV - Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD - Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Gilles KARCHER - Professeur Pierre-Yves MARIE - Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON

Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLMIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière)

Professeur Alain LOZNIEWSKI - Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et Mycologie)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (Maladies infectieuses ; maladies tropicales)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Épidémiologie, économie de la santé et prévention)

Professeur François ALLA - Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

3^{ème} sous-section : (Médecine légale et droit de la santé)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Falez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CVIT - Professeure Stéphanie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymond SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédo-psychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JULLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL - Professeur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME - Professeur Roland JAUSSAUD - Professeure Laure JOLY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOMIN - Professeur Paolo DI PATRIZIO

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERRON - Docteur Julien BROSEUS (stagiaire)

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE - Docteur Guillaume VOGIN (stagiaire)

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteure Isabelle KOSCINSKI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONÉTIQUE GÉNÉRALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUGELSTEIN - Madame Ketsia HEGG - Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE - Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Cédric BERBE

Docteur Jean-Michel MARTY

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Masahiko KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIETNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Dominique de KORWIN

Je vous remercie de l'intérêt porté à ce sujet ainsi que de l'honneur que vous me faites d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Puissez-vous trouver dans ce travail l'expression de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

Aux membres du jury,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO

Vous me faites l'honneur de participer à mon jury de thèse.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assuré de mon profond respect et de ma vive reconnaissance.

Monsieur le Docteur Mathias POUSSEL

Vous me faites l'honneur aujourd'hui de juger ce travail.

Je vous en remercie et vous prie de recevoir l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Docteur Jean-Marie HEID

Je vous remercie d'avoir accepté la direction de ce travail.

Je suis très reconnaissant de la disponibilité dont vous avez fait preuve tout au long de ce travail.

Recevez ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux médecins ayant participé à cette thèse. Merci pour le temps que vous m'avez consacré et l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Aux médecins que j'ai remplacé, remplace et remplacerai encore. Merci pour la confiance que vous m'accordez.

À mes anciens maîtres de stage, les Drs Gâtel, Mathiot et Thomas. J'ai découvert la Médecine Générale avec vous et vos enseignements me sont très précieux.

À tous mes anciens collègues alsaciens et lorrains côtoyés au cours de mes études. Médecins, infirmiers, aides-soignants, étudiants, agents de service hospitaliers, brancardiers, secrétaires, personnels administratifs,... Professionnellement ou humainement, vous m'avez tous appris quelque chose et fait grandir. Je n'oublierai pas non plus les moments plus légers de rigolade et de complicité.

À mes parents. Pour tout ce que vous m'avez offert, de matériel et d'immatériel. Je n'aurais jamais pu réussir de telles études sans votre soutien. Je ne serais jamais devenu la personne que je suis sans votre éducation. Je ne saurai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté et continuez à m'apporter.

À toute ma famille. Pour m'avoir suivi et soutenu. Pour tous les moments passés ensemble qui me sont très précieux.

Aux Ultras Mulhouse 2000. Aux copains de matchs et à ceux qui sont devenus mes meilleurs amis dans la vie. Ce groupe et ces gens tellement différents ont contribué énormément à ce que je suis devenu et m'ont fait vivre les plus beaux moments de ma vie.

À mes anciens et actuels coéquipiers du Minotaure de Strasbourg et du SDRB XV de Saint-Dié. Pour les moments de fraternité partagés aux entraînements, pendant les matchs et au cours des 3^{èmes} mi-temps.

À Eckhart Tolle et ses livres. Cet enseignement spirituel a changé ma vie et la créativité de ce travail en est profondément imprégnée.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« **A**u moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PROFESSEURS	2
REMERCIEMENTS.....	8
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	12
TABLE DES MATIÈRES.....	13
INTRODUCTION.....	17
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	19
1. Objectif principal de l'étude	19
2. Type d'étude	19
3. Population étudiée.....	19
3.1 Critères d'inclusion	19
3.2 Critères d'exclusion.....	20
3.3 Méthode de recrutement	20
4. Type d'entretiens	20
5. Recueil des données.....	20
6. Analyse des données.....	21
7. Recherche bibliographique.....	21
RÉSULTATS	22
1. L'échantillon.....	22
1.1. Réalisation des entretiens	22
1.2. Données quantitatives de l'échantillon	22
2. Analyse transversale des entretiens.....	25
2.1. Points de satisfaction envers les remplaçants	25
2.1.1. La prise en charge globale / Les soins	26
2.1.2. Prescriptions.....	27
2.1.3. Comptabilité / Paperasse	27
2.1.4. Conduite avec les patients	28
2.1.4.1. Approche / Contact avec le patient	28
2.1.4.2. Une vision plus objective du patient.....	29
2.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants.....	30
2.2.1. Pratique trop éloignée de celle du médecin installé	31

2.2.2. Prescriptions inadaptées / Modifications de traitements au long cours	33
2.2.3. Gestion du cabinet	34
2.2.3.1. Horaires.....	34
2.2.3.2. Comptabilité / Paperasse	35
2.2.3.3. Gestion des INR.....	35
2.2.4. Intérêts lucratifs de certains remplaçants.....	36
2.2.5. Le rapport de force en faveur du remplaçant	37
2.2.6. Conduite avec les patients	38
2.2.7. Erreurs diagnostiques par négligence	38
2.2.8. Manque de confiance d'une remplaçante envers le médecin installé.....	39
2.3. Retours de patients.....	39
2.3.1. Importance du retour pour le médecin installé	39
2.3.2. Modalités du retour	41
2.3.2.1. Spontané du patient	41
2.3.2.2. Recherché par le médecin.....	42
2.3.2.3. Indirect par la fréquentation du cabinet.....	43
2.3.3. Des retours mitigés	43
2.3.3.1. Positifs.....	44
2.3.3.1.1. Contact avec le patient / écoute	44
2.3.3.1.2. La prise en charge médicale	45
2.3.3.1.3. Une pratique / un relationnel proches de ceux de leur médecin habituel.....	46
2.3.3.2. Négatifs	46
2.3.3.2.1. Méfiance envers le remplaçant	47
2.3.3.2.1.1. L'inconnu.....	47
2.3.3.2.1.2. Le jeune médecin	48
2.3.3.2.2. Contact avec le patient.....	48
2.3.3.2.3. Pratique / relationnel trop éloignés de ceux de leur médecin	49
2.3.3.2.4. Horaires / Durée de consultation	50
2.3.3.2.5. La consultation de banques de données	51
2.3.3.2.6. Attitude du médecin installé face à ces critiques	51
2.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants.....	53
2.4.1. Part de patients qui reconsultent.....	53
2.4.2. Nouvelles consultations justifiées	55
2.4.3. Nouvelles consultations non nécessaires.....	56
2.4.4. Attitude du médecin face à ces consultations à son retour	58
2.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés.....	59
2.5.1. Absence d'influence sur le médecin installé	59
2.5.2. Prescriptions.....	59
2.5.2.1. Acquisition / mise à jour de nouvelles pratiques ou recommandations	59
2.5.2.2. La prescription d'examens complémentaires moins courants	61
2.5.2.3. Prescriptions plus économiques	61
2.5.3. Tenue des dossiers / Informatique.....	62
2.5.4. La découverte de nouveaux correspondants	63
2.5.5. Le regard neuf du remplaçant sur ses patients	63
2.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients	64
2.6.1. Absence d'influence sur la relation	64
2.6.2. Renforcement de la relation médecin installé - patient.....	64
2.6.2.1. Par la continuité des soins	64
2.6.2.2. Par le recrutement de bons remplaçants	65
2.6.2.3. En voyant une autre manière de pratiquer, confirmer sa préférence à celle de son médecin ..	66

2.6.2.4. Par la gestion de mauvaises expériences.....	66
2.6.3. « Reproches » de patients.....	67
2.6.3.1. L'absence du médecin installé.....	67
2.6.3.2. Un remplaçant plus méticuleux.....	68
2.6.4. Fidélisation de patients par le remplaçant régulier.....	68
2.6.5. Perte de patients.....	69
2.7. Les relations contractuelles.....	70
2.7.1. Contrats.....	70
2.7.2. Niveau de rémunération des remplaçants.....	71
2.7.2.1. Des médecins globalement satisfaits des conditions.....	71
2.7.2.2. Certains médecins nostalgiques des anciennes conditions.....	73
2.7.2.3. Certains médecins qui ne rentrent pas dans leurs frais.....	73
2.7.2.4. Quelques remplaçants plus gourmands.....	74
2.7.3. Communication.....	75
2.7.3.1. Satisfaction des relations entretenues avec les remplaçants.....	75
2.7.3.2. Une communication jugée insuffisante.....	77
2.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant.....	78
2.8.1. La mise en danger du patient par faute médicale ou négligence.....	78
2.8.2. Attitude vis-à-vis des patients et/ou de la secrétaire.....	80
2.8.3. Non-respect des habitudes du médecin installé et du cabinet.....	81
2.8.4. Le manque de fiabilité / d'éthique.....	82
2.8.5. Le manque de confraternité.....	82
2.8.6. La difficulté à trouver un remplaçant / Le découragement.....	83
2.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement.....	83
2.9.1. Un remplaçant fidèle / régulier / disponible.....	84
2.9.2. Un remplaçant et un médecin installé consciencieux dans la continuité des soins.....	85
2.9.3. Un ancien étudiant pour un maître de stage.....	86
2.9.4. Une période d'immersion dans le cabinet.....	87
2.9.5. Un débriefing.....	87
2.9.6. Un remplaçant « local » qui connaisse le territoire de santé.....	88
2.9.7. Le remplacement dans une maison médicale.....	89
2.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement.....	89
2.10.1. Difficultés actuelles.....	89
2.10.2. Peur de l'avenir.....	91
3. Analyse comparative des entretiens.....	92
3.1. Points de satisfaction envers les remplaçants.....	93
3.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants.....	93
3.3. Retours de patients.....	93
3.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants.....	94
3.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés.....	94
3.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients.....	95
3.7. Les relations contractuelles.....	95
3.7.1 Contrats.....	95
3.7.2. Niveau de rémunération.....	96
3.7.3. Communication.....	96
3.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant.....	96
3.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement.....	97
3.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement.....	97

DISCUSSION.....	98
1. Forces, limites et biais de l'étude	98
1.1. Forces de l'étude	98
1.2. Limites et biais de l'étude	98
1.2.1. Limites de l'étude	98
1.2.1.1. Représentativité de l'échantillon	99
1.2.1.2. Inexpérience de l'interviewer	100
1.2.2. Biais de l'étude	100
2. Discussion des résultats et confrontation aux données de la littérature.....	101
2.1. Points de satisfaction envers les remplaçants	101
2.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants.....	104
2.3. Retours de patients.....	109
2.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants.....	115
2.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés.....	119
2.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients	123
2.7. Les relations contractuelles	127
2.7.1 Contrats	127
2.7.2. Niveau de rémunération	130
2.7.3. Communication	135
2.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant	137
2.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement.....	139
2.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement	143
CONCLUSION.....	147
BIBLIOGRAPHIE	150
ANNEXES	154
RÉSUMÉ.....	161

INTRODUCTION

La démographie des médecins généralistes en France est en constante mutation, mais une tendance est en train de s'affirmer. La population des médecins généralistes a chuté de 8,4% entre 2007 et 2016. Avec un attrait majoré pour l'activité salariée et le rejet du libéral (entre 2007 et 2016 : +5,3% des effectifs salariés contre -13% des effectifs libéraux), c'est l'activité du médecin généraliste libéral qui est en net déclin.

D'un autre côté, les effectifs des médecins remplaçants sont eux en forte hausse, avec une augmentation de 17,1% entre 2007 et 2016. Parmi ces 11825 médecins remplaçants, 63,2% sont inscrits à l'Ordre comme exerçant la Médecine Générale.(1) Les remplaçants pouvant également être des étudiants titulaires d'une licence de remplacement délivrée par le conseil départemental de l'Ordre, le pool réel de remplaçants de Médecine Générale en est d'autant plus important(2).

À la lecture de ces données quantitatives objectives, tout laisserait à penser qu'avec cette évolution démographique les médecins généralistes installés ont de plus en plus de facilités à trouver un remplaçant. De nombreuses études ont interrogé les médecins qui se font remplacer à propos de leurs difficultés ou non face au remplacement.(3-5) Contre toute attente, les médecins qui se font remplacer sont presque unanimes : au cours des dernières années, les difficultés à se faire remplacer se sont encore accrues. La population des médecins généralistes installés vieillit, tandis que la jeune génération se féminise ; les rythmes de travail et les exigences en qualité de vie s'en trouvent aussi modifiés. Ainsi, la différence entre le temps de travail des installés et des remplaçants explique la persistance des difficultés.(4)

Dans ma pratique personnelle de jeune médecin remplaçant non thésé, j'ai pu ressentir indirectement ces difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes installés voulant se faire remplacer. Fraîchement sorti de l'internat, je pensais que ce serait à moi de « me vendre », convaincre les médecins installés, parfois très expérimentés, de mes compétences professionnelles et humaines à prendre en charge au mieux leurs patients. Je fus surpris qu'à chaque fois il s'agissait plutôt d'eux qui étaient dans la « séduction », pour me convaincre que travailler dans leurs cabinets me serait agréable et que j'y serais à l'aise. Je

n'ai pas du tout ressenti l'appréhension à laquelle je pensais devoir faire face en raison de ma quasi inexpérience en matière de médecine générale libérale.

Des médecins installés ont souvent pu me faire part de leur confiance en la formation universitaire des jeunes médecins. Le recrutement de remplaçants sans sélection particulière devrait donc laisser peu de place à des mauvaises surprises. Mais qu'en est-il dans la pratique : arrive-t-il aux médecins se faisant remplacer de vivre de mauvaises expériences de remplacement ? Malgré les difficultés à trouver un remplaçant, y a-t-il des choses qui pourraient conduire à ne plus en solliciter un à l'avenir ou à rompre son contrat en cours ? Et finalement, pour certains se faire remplacer étant devenu un tel parcours du combattant, y a-t-il encore, en 2016, un intérêt pour le médecin généraliste installé à se faire remplacer ?

À travers cette étude qualitative interrogeant des médecins généralistes installés, nous avons cherché à analyser leurs expériences de remplacements. Pour pouvoir conclure si, effectivement, ils avaient toujours à l'heure actuelle un intérêt à se faire remplacer lors de leurs absences.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Objectif principal de l'étude

Confirmer l'intérêt des médecins généralistes à se faire remplacer. En les interrogeant, analyser leurs expériences de remplacements : satisfaction ou insatisfaction, retours de patients, influence sur leur propre pratique, etc.

2. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative. L'objectif recherché n'étant pas d'obtenir des valeurs chiffrées et des pourcentages à extrapoler éventuellement aux échelles régionale ou nationale. Le but de cette étude étant de faire s'exprimer les opinions, motivations et suggestions des médecins généralistes interrogés. Ce type d'étude permet de ne pas influencer les participants et de faire émerger des idées nouvelles auxquelles nous n'avions pas forcément pensé initialement.

3. Population étudiée

L'étude s'est déroulée en Lorraine, de septembre 2016 à décembre 2016.

3.1 Critères d'inclusion

- Etre médecin généraliste inscrit à l'Ordre des Médecins
- Etre installé depuis au moins 3 ans

- Avoir eu recours à un remplaçant au moins durant 2 semaines par an en moyenne au cours des 3 dernières années

3.2 Critères d'exclusion

Néant.

3.3 Méthode de recrutement

Les médecins ont été recrutés de façon mixte : partiellement au gré de ma pratique professionnelle d'étudiant remplaçant (dans le secteur de Saint-Dié, là où j'exerce). Mais principalement sélectionnés aléatoirement via le site internet des Pages Jaunes pour des raisons d'objectivité des réponses. Des zones à activité rurale et urbaine ont été ciblées sur la carte de Lorraine. Le reste des médecins a été contacté dans la zone urbaine et péri-urbaine de Saint-Dié. En s'efforçant de conserver une hétérogénéité entre âge, sexe, mode et lieu d'exercice des médecins interrogés.

4. Type d'entretiens

Il s'agissait d'entretiens individuels semi-dirigés avec guide de thèmes à aborder. Leur durée était approximativement de 15 minutes.

Guide d'entretien en Annexe 1.

5. Recueil des données

Certains entretiens ont été enregistrés directement au cabinet des médecins, sur l'application d'enregistreur vocal (dictaphone) d'un smartphone. D'autres ont été réalisés par téléphone et enregistrés à l'aide de l'application Call Recorder.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits sur ordinateur avec le logiciel de traitement de texte Microsoft Word.

Il s'agissait d'une retranscription verbatim avec notification des expressions non verbales (rires, soupirs, silences,...)

L'anonymat des participants a été respecté.

6. Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée par thèmes sur simple lecture à l'aide d'un tableur sur le logiciel Microsoft Excel.

7. Recherche bibliographique

Les principaux sites internet utilisés pour les recherches étaient :

- Google
- Sudoc
- PubMed

Pour les recherches en français, les mots clés utilisés étaient :

- Médecine générale
- Médecin remplaçant
- Remplaçant
- Remplacement

Pour les recherches en anglais, les mots clés utilisés étaient :

- Locum
- Locum tenens
- Locum doctors
- General practice

RÉSULTATS

1. L'échantillon

1.1. Réalisation des entretiens

- 42 médecins généralistes installés (26 hommes et 16 femmes) ont été contactés pour participer à l'étude.

- 35 médecins ont été contactés par téléphone, 4 par mail, 2 directement de vive voix et 1 par SMS.

- 11 médecins ne rentraient pas dans les critères d'inclusion (10 ne se font pas remplacer du tout et ferment le cabinet lors de leurs congés, 1 ne s'est fait remplacer qu'une semaine au cours des 3 dernières années).

3 médecins ont exprimé leur manque de temps ou de motivation pour participer à l'étude.

16 médecins ne m'ont pas recontacté suite au message laissé sur leur répondeur, par mail ou à leur secrétaire.

- La saturation apparente des données a été atteinte après 10 entretiens. 2 entretiens supplémentaires ont été réalisés.

- 8 entretiens ont été réalisés par téléphone, 4 entretiens ont été réalisés directement dans les cabinets des médecins interrogés.

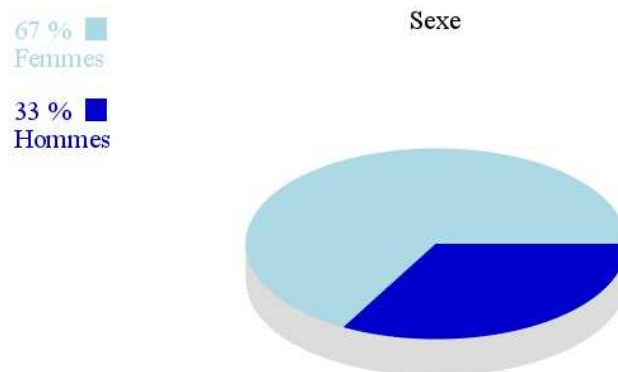
- La durée moyenne des entretiens était de 13'43". Le plus court a duré 9'10", le plus long 15'55".

1.2. Données quantitatives de l'échantillon

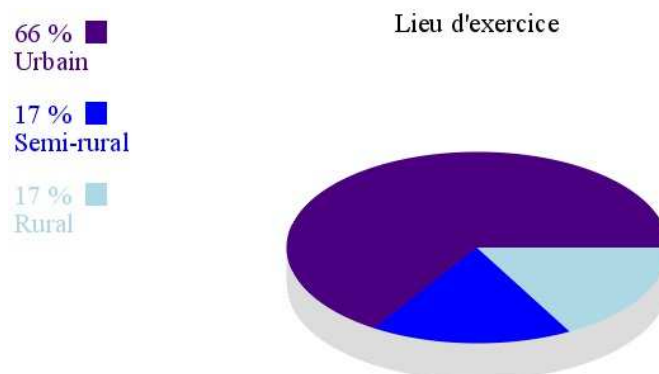
Tableau des données quantitatives des médecins interrogés en Annexe 2.

- 12 médecins généralistes installés entrant dans les critères d'inclusion de l'étude ont été interrogés.

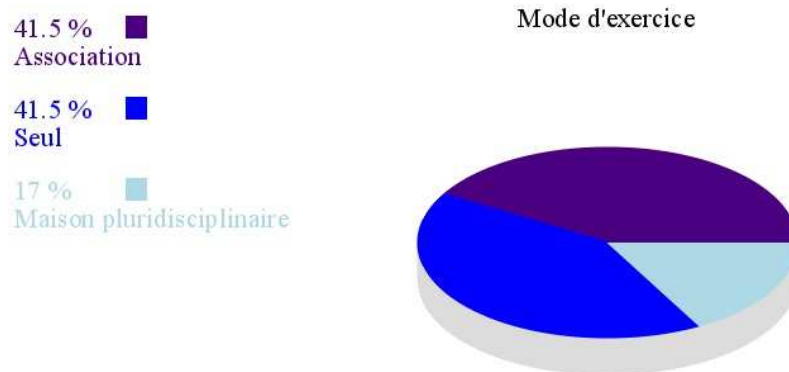
- 8 femmes (67%) et 4 hommes (33%) ont été interrogés.



- 8 médecins (66%) exercent en milieu urbain, 2 médecins (17%) en milieu semi-rural et 2 médecins (17%) en milieu rural.



- 5 médecins (41,5%) exercent en association, 5 médecins (41,5%) exercent seuls et 2 médecins (17%) exercent en maison pluridisciplinaire.



- L'âge moyen des médecins interrogés est de 50 ans. Le médecin le plus jeune a 32 ans, le plus âgé 63 ans. 1 médecin soit 8,3% de l'effectif a plus de 60 ans et 2 médecins soit 16,7% de l'effectif sont âgés de moins de 40 ans.

- L'âge moyen des médecins hommes interrogés est de 54 ans. Celui des femmes est de 48 ans.

- Le nombre moyen d'années depuis l'installation dans l'étude est de 19 ans. Le médecin installé depuis le plus longtemps s'est installé il y a 32 ans, les deux médecins installés le plus récemment l'ont fait il y a 3 ans.

- Les médecins interrogés ont eu recours à un remplaçant 7 semaines par an en moyenne au cours des 3 dernières années. Le médecin qui s'est fait remplacer le moins au cours des 3 dernières années s'est fait remplacer en moyenne 2 semaines par an. Celui qui s'est fait remplacer le plus s'est fait remplacer 11 semaines par an en moyenne.

- Les médecins de l'étude ont sollicité en moyenne 3 remplaçants au cours des 3 dernières années (hors gardes). Deux médecins n'ont sollicité qu'un seul remplaçant durant les 3 dernières années. Le médecin qui en a sollicité le plus en a sollicité 6 lors des 3 dernières années.

- 3 médecins de l'étude ont la particularité d'être maîtres de stages universitaires, donc accueillent des internes de médecine générale dans leur cabinet.

- 7 médecins considèrent qu'il est difficile de trouver un remplaçant et parmi eux un médecin considère même que c'est extrêmement difficile.

4 médecins considèrent facile de trouver un remplaçant. Parmi eux, 2 médecins le considèrent facile car ont un remplaçant régulier et n'ont plus besoin d'en chercher.

1 médecin considère moyennement facile de trouver un remplaçant.

2. Analyse transversale des entretiens

2.1. Points de satisfaction envers les remplaçants

Quand nous les interrogeons sur le ressenti de leurs expériences de remplacements en tant qu'installés, les médecins généralistes sont unanimes : ils sont globalement satisfaits.

M03 : "Euh, oui, c'est assez vaste. Après c'est... oui, c'est dans l'ensemble. Euh... donc satisfait..."

M06 : "Eh bien, je suis plutôt satisfaite."

M07 : "C'est très variable. Et suivant le remplaçant, il y a pas de, d'uniformité, quoi. Relativement satisfait quand même."

"Non, nous on est, on est, on est globalement satisfaits."

M08 : "Ah, je suis plutôt satisfaite, oui."

M09 : "Oh, satisfaite."

M11 : "Ah moi je suis toujours, j'ai toujours été satisfaite de mes remplaçants."

Certains médecins sont même encore plus enthousiastes, par une expérience récente très satisfaisante ou grâce aux soins qui sont pris pour choisir leur remplaçant.

M04 : "Euh, ben là je suis très satisfaite (rires). Très satisfaite là. Là, là, à l'instant T je suis très satisfaite."

M10 : "Ben, en général comme moi je mets énormément de soin à les choisir, je suis très satisfait."

Ensuite, nous leur avons demandé sur quels points précis ils étaient le plus satisfaits.

2.1.1. La prise en charge globale / Les soins

Le principal motif de satisfaction qui ressort des entretiens est assez vaste. Il s'agit de la prise en charge globale du patient, au niveau médical et dans le contexte du cabinet. Le tout dans une continuité des pratiques du médecin remplacé et des habitudes du cabinet.

M03 : "Ben après sur le... ben les soins donnés au patient."

"Mais dans l'ensemble les soins sont faits correctement, il n'y a pas de souci."

M04 : "Et donc, au niveau prise en charge des patients, au niveau prescriptions, au niveau tenue du cabinet, au niveau... au niveau respect de, de... du cabinet, des habitudes du cabinet, tout, tout était bien."

M05 : "Oh ben on part quand même plus tranquille. Il y a quand même le tout venant, enfin, les problèmes qu'on n'imagine pas peuvent être pris en charge et sont réglés. Enfin moi, c'est surtout une histoire de tranquillité."

M07 : "L'ensemble du comportement du remplaçant et la façon dont il prend le relais de ce qu'on fait."

M08 : "Sur tout ils sont bien."

M09 : "Tout, globalement. Que ce soit du cabinet... plutôt correct."

M10 : "Et puis, ben le niveau, le niveau médical, quoi. Qu'il soit capable de gérer tout seul un bateau sans, sans... sans inquiétude, quoi."

2.1.2. Prescriptions

Les prescriptions des remplaçants sont généralement appréciées. De manière globale, le fait qu'elles soient conformes aux recommandations, dans un souci d'écologie antibiotique ou économique par exemple. Et de manière individuelle, des prescriptions proches des siennes, cohérentes avec sa propre pratique, sont appréciées par les médecins généralistes installés.

M00 : "Concernant leurs prescriptions, moi globalement je suis assez satisfait. On ressent la pression de la faculté on va dire sur les prescriptions, sur certaines prescriptions, en particulier en matière d'antibiothérapie."

M01 : "Alors moi ce que j'ai retenu en point de satisfaction, c'est que souvent les prescriptions sont en règle avec les recos d'HAS. Ils ont un souci de pratique quand même économique."

M05 : "Euh... leurs prescriptions non, ça oui, ça va bien."

M08 : "Généralement les prescriptions, ça me correspond."

"I : Et votre satisfaction dans les prescriptions, vous dites ça vous correspond, c'est-à-dire que c'est en adéquation avec votre pratique ?

M08 : Oui, avec généralement ce que je fais, oui. Oui, tout à fait."

2.1.3. Comptabilité / Paperasse

Concernant la gestion du cabinet, la réalisation d'une comptabilité correcte et claire est un critère important de satisfaction.

Un remplaçant qui ne se dérobe pas à certaines tâches parfois ingrates mais inhérentes à la Médecine Générale, par exemple remplir les formulaires administratifs des patients, va également être apprécié.

M00 : "il y a des remplaçants avec qui on prend 1 heure ou 2 heures à refaire la compta et puis d'autres où c'est tout de suite fait, on voit que c'est nickel, c'est propre, qu'il n'y a pas de souci et ça c'est une chose importante"

M01 : "Au niveau de la gestion du cabinet, etc., c'est pareil, il y a une méthodologie qui est toujours très claire dans la comptabilité. Avec ben justement des grilles de... de tableaux, etc."

M09 : "J'ai déjà eu aussi des remplaçants qui faisaient exactement tout comme s'ils étaient dans leurs propres murs et qui gèrent tout, tout, tout. [...] Mon ex-collègue en tout cas qui le faisait et puis, et puis même les dossiers MDPH, ceci, cela, qui disait jamais au patient « Ah, ben ça il faudra revoir avec Dr S. quand elle sera rentrée »."

2.1.4. Conduite avec les patients

Au-delà de la prise en charge médicale pure, la conduite avec les patients, donc les qualités humaines du remplaçant revêtent une importance prépondérante aux yeux des médecins généralistes installés.

2.1.4.1. Approche / Contact avec le patient

L'approche, le contact, l'attention vis-à-vis du patient, semblent être adaptés et retrouvés chez la plupart des remplaçants. Certains médecins les citent comme qualités premières recherchées chez le remplaçant. Leur absence peut même être un motif pour ne plus contacter un remplaçant à l'avenir.

M03 : "Oui, ben en général ça se passe bien. Il y a une bonne approche. Après pour ceux où ça pas été de toute façon ils sont pas restés et ça a pas été reconduit, donc ils sont pas, donc ça pas été... bon pour ceux qui sont réguliers qui viennent, ça se passe plutôt bien."

M06 : "La conduite avec les patients."

M08 : "Ils gèrent plutôt bien les patients, le contact fonctionne plutôt bien. Non, non j'ai pas de souci."

M09 : "l'attention au patient... bonne."

M10 : "Oui, alors c'est qualités humaines en premier. Qualité de rigueur en deuxième. Euh... Après, qu'il y ait, qu'ils aient le contact, qu'ils sachent... avoir le contact ça se voit ça, on regarde tout de suite quand on croise les gens."

M11 : "Euh... c'est surtout la, la, la re... sur la relation humaine, quoi. Je... pour moi, c'est important."

Pour un médecin exerçant en milieu rural, le contact facile avec le patient devient même une qualité indispensable pour débloquer rapidement certaines situations, notamment dans ce lieu d'exercice particulier.

M10 : "Ben le contact facile, mettre à l'aise les gens et très vite arriver à les faire parler. [...] On est en milieu rural, donc on a beaucoup de consultations et il faut, il faut pas attendre une demi-heure pour que le gars finisse par sortir son impuissance ou son problème avec sa femme ou je sais pas quoi. Il faut qu'il, qu'il arrive à le faire parler tout de suite, quoi."

2.1.4.2. Une vision plus objective du patient

Dans l'approche du patient, le statut d'intervenant extérieur et neutre du remplaçant peut s'avérer être un atout. Certains médecins généralistes installés en sont conscients et apprécient ce regard neuf sur leurs patients qu'ils pensent souvent connaître par cœur.

M00 : "il y a un sérieux mais une plus grande... une rigueur qui est la même pour tous les patients on va dire. Nous je pense qu'on a au fur et à mesure de notre patientèle on voit les gens de façon différente. Il y en a on sait que ça va... telle chose va pas passer ou quoi et on s'adapte un peu par avance... "

M08 : "M08 : Et puis par rapport à des patients qu'on voit tout le temps, des fois le remplaçant il a un œil complètement nouveau. Enfin moi je sais que quand j'étais remplaçante c'est ce qu'on me disait, quoi.

I : Oui, pas d'a priori sur une catégorisation de patients psychosomatiques ou...

M08 : Voilà c'est ça, ils le voient, donc ils, ils le prennent comme il est au départ, quoi. Alors que nous, des fois, quand c'est la 40ème fois qu'on le voit dans l'année, euh ben, des fois on en a un peu marre, quoi, hein."

M10 : " et moi je suis ravi, parce que c'est un œil neuf, nouveau sur mes patients. Et il y a des fois j'ai, j'ai des... j'ai des œillères, quoi. Je suis, je suis sûr de moi, je connais les gens, je sais ce qu'ils... je sais à l'avance ce qu'ils vont me dire, ce qu'ils vont pas me dire et je reste dans mon axe."

2.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants

Si nous avons vu que les médecins généralistes installés sont globalement satisfaits de leurs remplaçants, leurs expériences d'insatisfaction sont rares mais marquantes. Plus ou moins traumatisantes, ils s'en rappellent très bien et leur narration s'apparente souvent à des « histoires de chasse ».

M00 : "J'ai eu une f... On a eu avec Mr L (NDR : associé du médecin interrogé) un... une situation avec un remplaçant où là c'était pas du tout... du tout satisfaisant."

M03 : "Euh... donc satisfait... bon après c'est, il y a toujours quelques exceptions, quoi après (rires). Parce qu'on a eu un remplaçant par exemple où ça n'allait pas du tout, mais en rien quoi. Donc il a même pas fini le remplacement."

M04 : "Alors j'ai eu toute une période où je n'étais plus satisfaite du tout. Parce que j'ai déjà eu, j'ai déjà eu affaire à des remplaçants. Euh... j'en ai eu un notamment une fois qui à la limite m'a dévasté toute ma, toute ma clientèle. Où j'ai eu des retours pratiquement négatifs pour tout"

M05 : "Si tout au début, une fois j'ai eu un, j'ai eu un point négatif avec un monsieur. [...] Enfin mais non, c'était voilà, c'était la personne en elle-même c'était pas, ni sur du travail, quoi."

M07 : "Mais c'est des trucs assez lourds quand même (rires), quand on est insatisfait, c'est vraiment qu'il y a eu, euh, hein. "

M09 : "Sauf un remplaçant une fois qui m'a beaucoup déçu"

M10 : "J'ai eu un, j'ai eu deux cas, euh... Un catastrophique au niveau médical et l'autre catastrophique au niveau social ou humain, quoi."

Les motifs d'insatisfaction, extraits de ces expériences « extrêmes » mais aussi cités de façon plus régulière par les médecins installés car retrouvés plus souvent chez les remplaçants, ont été regroupés par thèmes et classés par ordre de fréquence.

2.2.1. Pratique trop éloignée de celle du médecin installé

De la même manière que les médecins généralistes installés apprécient des remplaçants qui prescrivent de façon proche et cohérente avec leur pratique, ils s'avouent être insatisfaits de remplaçants qui auraient une pratique trop différente de la leur. Pour eux, il s'agit essentiellement d'une question de bon sens et de respect.

M04 : " il y avait aucun respect de mes prescriptions et de ma façon de travailler et où vraiment ça c'était très très mal passé."

M07 : "l'insatisfaction serait plus si le remplaçant souhaite exercer sa médecine. Remplacer notre façon de faire par sa façon de faire."

"C'était sur la pratique différente, totalement différente et la façon de, de prendre en charge le patient."

"Après, c'est sûr que si il décide d'exercer sa médecine, c'est même pas que ça me déplaît, mais c'est un manque de logique je pense. Parce qu'il va être là de toute façon de façon temporaire, donc c'est pas très logique. Ou alors on a une médecine qui vraiment est très éloignée."

Dans deux cas précis, c'est un facteur dépendant des remplaçants qui rendrait leurs pratiques incompatibles avec n'importe quel autre cabinet de Médecine Générale française : un médecin étranger non rompu aux modes de prescriptions français et un médecin hospitalier aux pratiques inadaptées à l'exercice, particulier, de la Médecine Générale.

M03 : "Oui, ben après... enfin du coup là c'était vraiment particulier, hein. C'était quelqu'un d'étranger donc qui avait pas du tout les mêmes pratiques, pas du tout les mêmes modes de prescription et qui ne savait rien gérer, ni les urgences ni quoi que ce soit, donc c'est vrai que ça a été un fiasco total. Autrement dans l'ensemble, au niveau insatisfaction, peut-être que il y a certains remplaçants qui ont aussi, oui, des façons de prescrire qui ne correspondent pas à mes pratiques."

M10 : "Côté médical, c'était un médecin âgé, qui était retraité, mais qui n'avait... j'ai pas trop fait attention, c'est le conseil de l'Ordre qui l'avait conseillé, qui ne, n'avait travaillé qu'en milieu hospitalier. Et donc, il voyait... donc nous on est entre, entre 30 et 65 personnes/jour, et il n'arrivait à voir que 3 personnes à 4 personnes par demi-journée. Il n'y arrivait pas autrement. Il ouvrait son Vidal pour chercher le Doliprane, il regardait tous les effets secondaires. C'était un médecin interniste. Donc il était tellement pointilleux qu'il arrivait pas à avancer du tout. Et en, en, en cabinet de médecine générale on est, on est dans l'obligation d'avancer parce qu'il y en a qui sont malades qui sont derrière, la salle d'attente est pleine, il faut avancer, il y a des appels au secours, il y a des appels urgents, il y a... Donc il faut, faut arriver à tout gérer vite. Et là c'est, c'était une catastrophe, quoi. Je suis revenu de vacances (rires)."

2.2.2. Prescriptions inadaptées / Modifications de traitements au long cours

Concernant les prescriptions de leurs remplaçants, les médecins installés relèvent parfois des incohérences. Avec, par exemple, des ordonnances trop uniformes donc inadaptées ou des ordonnances de traitements antibiotiques non conformes aux recommandations.

M04 : "Tout le monde avait le droit aux mêmes ordonnances"

M06 : "Après prescriptions, bon, des fois j'ai un peu des surprises (rires). Ça dépend de leur année d'expérience en fait, voilà. Quand c'est les premiers stagiaires qui font leur premier semestre, ou alors quand c'est des derniers semestres on voit tout de suite quand même qu'il y a une différence. [...] En fait ils prennent pas trop de risques, voilà. Sur les prescriptions, voilà, ils prennent pas trop de risques. Après ils ont raison, ils se protègent."

"Qu'est-ce qu'elle avait fait aussi ? Je sais plus. Oui, une prescription d'antibiotiques sur 2 jours, pfff... à des doses bizarres. J'avais pas compris, pour un enfant de 6 ans."

Ce qui déplaît le plus aux médecins installés au sujet des prescriptions, c'est lorsque les remplaçants vont modifier un traitement au long cours qui fonctionne bien. La modification justifiée d'un traitement au long cours inefficace ou en fonction d'un événement intercurrent est quand à elle attendue et comprise.

M03 : "Par exemple, on a eu une remplaçante qui... qui a remplacé mes associés aussi, qui systématiquement arrêtait les anti-hypertenseurs en cas d'insuffisance rénale. Donc, c'est vrai qu'on a eu pas mal de rattrapage à faire, enfin, ça c'est, on va dire que c'est un exemple."

M07 : "Ou qui systématiquement changeait les traitements."

"Des traitements chroniques qui fonctionnaient bien, parce que bien entendu un traitement antihypertenseur qui fonctionne pas le rôle du remplaçant c'est de l'adapter. Mais qui modifiait ou qui, qui modifiait fondamentalement des traitements chroniques sans, à mon avis, de justification."

2.2.3. Gestion du cabinet

La gestion du cabinet prend une place importante dans l'activité du médecin généraliste installé. Naturellement, si un remplaçant s'arrête à la prise en charge médicale des patients en négligeant cette partie du travail, cela est source d'insatisfaction pour l'installé.

2.2.3.1. Horaires

Le respect des horaires habituels de permanence au cabinet est important pour les médecins installés. Un remplaçant qui change les horaires, arrive en retard et part en avance ne va pas leur plaire. Ils ne souhaitent pas que l'on perturbe les habitudes de leurs patients.

M00 : "Et donc c'était un monsieur qui était arrivé, qui avait décidé que... qui changeait tous les horaires du cabinet. Il nous avait remplacés C (NDR : associé du médecin interrogé) et moi à la fois... il avait décidé qu'il changeait tous les horaires du cabinet parce que ça l'emmerdait de... ça l'ennuyait pardon de... de consulter autrement."

M01 : "Les points d'insatisfaction, parfois il peut y avoir des fois des horaires un petit peu fantaisistes aux heures d'arrivée, aux heures de départ, en général, quoi hein."

M02 : "La ponctualité c'est important aussi, quoi. Pour les patients quoi, d'être... Hein, c'est sûr que de venir aux heures qui sont prévues c'est quand même, bon... c'est sûr que quand ça se produit les patients disent « ah, on est venus à 9h la porte était fermée » (rires), voilà, ça nous embête un peu, quoi."

M04 : "Donc, déjà il venait en retard, il repartait, il repartait plus tôt."

M07 : "Après, c'est du bon sens. Enfin moi, pour moi c'est du bon sens. C'est-à-dire d'à peu près d'essayer de respecter des horaires qu'on, qu'on, qu'on... Parce que le patient, ben lui il va prendre rendez-vous à, aux horaires auxquels il a l'habitude de, de, de prendre rendez-

vous. Alors c'est sûr que la personne qui modifie complètement tout pour 15 jours. C'est, c'est pas très logique."

2.2.3.2. Comptabilité / Paperasse

Les médecins installés se plaignent d'être parfois confrontés à des remplaçants qui négligent le remplissage de la « paperasse » (formulaires administratifs, feuilles de soins,...) et la réalisation d'une comptabilité propre. Que ce soit par paresse délibérée ou négligence involontaire, les remplaçants sont déconnectés de la réalité de la gestion du cabinet de Médecin Générale. Ces comportements donnent aux médecins installés beaucoup de travail à rattraper à leur retour de congés et c'est surtout cela qui leur est déplaisant.

M01 : "Parfois les formulaires, feuilles maladie, de soins sont pas remplies en totalité. Il manque des adresses, il manque des numéros de sécu, etc. Alors que ça c'est vraiment très très important pour après pouvoir se faire rembourser, quoi."

M08 : "Si, alors la seule insatisfaction c'est comment est fait... comment sont faits les papiers (rires). Parce que ben, voilà, des fois les feuilles de soins sont pas bien remplies, euh... pareil, pour la comptabilité, vu que c... Enfin après moi quand j'ai été, j'ai remplacé longtemps, donc c'est vrai que ça nous concerne pas vu qu'on est, on est payé directement, voilà. Nous on conçoit pas des caisses, quoi. Et des fois j'ai des soucis, quoi. Là, je vois pendant une semaine j'ai été embêtée, il a fallu que je rappelle les patients, et puis la carte vitale avait pas été passée, ou... ou des fois les chèques sont pas bien remplis, enfin voilà, des trucs... voilà. C'est plutôt niveau au compta et paperasse où c'est problématique."

M09 : "Alors des détails sur les, la gestion papier peut-être, administrative du cabinet. Voilà. C'était, ça serait peut-être plutôt ça. Où des fois le remplaçant il fait pas comme s'il était installé, forcément."

2.2.3.3. Gestion des INR

La gestion des INR est certainement l'un des exemples les plus représentatifs du suivi du patient en Médecine Générale. Elle nécessite de consulter les biologiques du jour, de reprendre l'histoire du patient dans sa globalité et sa pathologie, puis de recontacter le patient pour ajuster la posologie du traitement.

C'est sans doute pour cela que plusieurs médecins ont cité la gestion des INR comme critère important d'insatisfaction si le remplaçant ne l'assume pas correctement.

M00 : "que les INR et les taux de prothrombine au téléphone il faisait pas, c'était pas son boulot. Enfin, etc., etc."

"et puis par exemple la gestion des INR et TP ça fait partie de son boulot, voilà"

M02 : "Nous il y a 2 – 3 trucs qui ne passent pas, enfin je ne sais pas, par exemple des INR mauvais qui ont pas été rappelés ça évidemment, ça on n'est pas contents, quoi, hein. [...] Nous, ce qui nous embête effectivement, c'est quand il y a des INR qui étaient mauvais et que... pfff... parce que c'est l'exemple des INR mais ça peut être un autre exemple, hein. Ça pourrait être un... d'autres loupés comme ça. Bon là ça, ça... médicalement évidemment ça nous gêne, parce que quand même, s'il arrive un pépin, là (rires)."

2.2.4. Intérêts lucratifs de certains remplaçants

Les comportements, plus ou moins assumés, de certains remplaçants laissent deviner un certain appât du gain. Par le cumul de contrats sur la même période ou par la recherche d'une activité particulièrement importante. Les médecins installés n'apprécient pas ces agissements et c'est un motif d'insatisfaction, parfois même de conflit avec le remplaçant.

M01 : "Moi, j'ai même connu un remplaçant qui faisait 2 remplacements en même temps. Le matin, ce qui était... parce que... pas légal, hein, mais... Le matin ici, il reprenait la moto et allait remplacer sur Épinal l'après-midi, quoi. Donc là, bon, voilà, c'est... c'est, on a l'impression que, voilà que c'est plus un, voilà, métier de rentabilité, hein, plus qu'avant, je pense."

M05 : "Si tout au début, une fois j'ai eu un, j'ai eu un point négatif avec un monsieur. Il était pas content, il me disait que il travaillait pas assez, que... il me reprochait même de, d'avoir dit à mes patients de ne pas venir."

M10 : "Et puis... ben aucune attention vis-à-vis des patients, et c'était juste pour venir faire de l'argent, quoi. C'était un médecin parisien, enfin un remplaçant parisien. [...] Je suis passé par une société... C'était uniquement lucratif. Bon, je l'ai, je l'ai chopé on a discuté, j'ai monté le ton mais il a dit « moi je viens là ici pour faire du fric, c'est tout, quoi »."

2.2.5. Le rapport de force en faveur du remplaçant

Plus qu'un motif d'insatisfaction ou un véritable reproche, des médecins installés se désolent de constater que le rapport de force avec le remplaçant s'est complètement inversé en quelques années. En raison d'une inversion de démographie avec modification de l'offre et de la demande.

De ce fait, les médecins se sentent contraints de se soumettre aux exigences des remplaçants : honoraires, dates de congés, planning,...

M01 : "Ben, vu le manque de remplaçants, les remplaçants sont effectivement en position de force pour demander des honoraires plus importants. En notre temps c'était 50-50, donc en 20 ans ça a augmenté. Et c'est vrai qu'on se... ben, on épousait complètement le planning du médecin, etc., ce qui n'est plus le cas."

M02 : "j'ai connu une période où c'était les médecins installés qui décidaient un peu du tarif, de... et qui décidaient de leurs dates de vacances. Bon, on les décide aussi mais maintenant c'est quand même beaucoup moins vrai. Je connais... enfin, moi... nous ça nous arrivait aussi, et puis je connais pas mal de collègues qui partent en vacances quand ils trouvent un remplaçant, en fait. C'est plus eux qui choisissent leurs dates de vacances, quoi. Ils font en fonction du remplaçant, donc c'est... il y a quand même une pénurie importante de médecins, mais aussi de remplaçants, hein. C'est une catastrophe, quoi. [...] Ah ben, c'est un rapport de forces complètement inversé, complètement inversé, hein. Voilà (rires). Complètement inversé, c'est sûr. C'est sûr."

M11 : "Hormis le fait que, voilà, j'ajuste un peu mes vacances en fonction des dispo de la remplaçante parce que je sais très bien qu'elle ne remplace pas qu'un seul médecin et je veux en laisser pour les copains. Donc là, par exemple, je l'ai contactée il y a deux semaines en lui demandant, voilà, si elle remplaçait toujours, si elle avait déjà des semaines de prises ou pas, euh... voilà, et puis je m'ajuste en fonction. Bon, elle avait pas de semaine de prise pour le moment, donc voilà. Donc je lui en... j'ai déjà déterminé toutes les dates pour l'année prochaine, ça suppose de déterminer ses dates à l'avance."

2.2.6. Conduite avec les patients

Nous avons vu que le contact des remplaçants avec les patients est rapporté par les médecins installés comme une qualité régulièrement retrouvée et appréciée. Quand la conduite avec les patients est rapportée comme critère d'insatisfaction, c'est que le comportement du remplaçant a vraiment été très déplacé et ce de façon répétée.

M00 : "et puis avec les patients il était... alors il était pas mauvais, hein. Du point de vue diagnostique on n'a pas eu l'impression qu'il ait fait de bourde ou quoi. Mais du point de vue relationnel"

M04 : "il s'était mal comporté par rapport à ma clientèle"

"il a fait des avances à certaines de mes jeunes patients. Ou il leur a même fait des propositions malhonnêtes, quoi."

M10 : "Côté relationnel, c'était euh... Un... Ben on avait laissé notre domicile, notre domicile a été bien saccagé, les bouteilles vidées, enfin bon, c'était compliqué. Et puis... ben aucune attention vis-à-vis des patients"

2.2.7. Erreurs diagnostiques par négligence

Un médecin interrogé a rapporté une expérience avec un remplaçant très négligent, dont le comportement laxiste aurait même pu s'avérer très dangereux pour les patients.

M09 : "Sauf un remplaçant une fois qui m'a beaucoup déçu, qui était très expéditif avec des patients qu'il ne connaissait pas et qui a fait des erreurs diagnostiques qui auraient pu être même fatales à 2 reprises je pense, que par sa rapidité, voilà. [...] Ah oui, c'était une mauvaise gestion du patient, enfin, un je-m'en-foutisme je dirais (rires), assez flagrant."

2.2.8. Manque de confiance d'une remplaçante envers le médecin installé

Un médecin relate une expérience un peu traumatisante pour lui, où sa remplaçante s'est révélée méfiante envers lui. Cette jeune remplaçante débutante ayant eu peur de ne pas être rétrocédée.

M06 : "Ouais, ouais, ouais, c'était vraiment, c'était un peu bizarre. Oui, oui, elle avait fouillé des fichiers, regardé ma vie perso, enfin bon. C'était, c'était vraiment curieux, voilà."

"Oui, non, il y a eu juste que bon, voilà, qu'elle a eu peur que je la rétrocède pas, j'ai pas très bien compris. Voilà, elle m'a remplacée en juillet, je l'ai rétrocédée à peu près 15 jours après, ce qui me paraît normal, hein. Et j'avais, et puis voilà, donc elle a appelé l'Ordre des Médecins en leur demandant quelle conduite elle devait avoir si je la r... au cas où je la rétrocéderais pas, alors qu'elle allait me remplacer en plus en août après. Donc ça m'a vraiment choquée."

2.3. Retours de patients

Au retour du médecin installé, le patient peut être amené à s'exprimer sur sa rencontre avec le remplaçant.

Nous nous sommes intéressés à l'importance qu'accordaient les médecins à ce ressenti qu'avaient eu leurs patients vis-à-vis du remplaçant, aux modalités de ces retours puis à la nature de ceux-ci, positifs ou négatifs.

2.3.1. Importance du retour pour le médecin installé

La plupart des médecins généralistes installés souligne l'importance du retour de leurs patients concernant leur rencontre avec le remplaçant. Pour certains, cela permet de confirmer le ressenti qu'ils ont pu se faire sur lui après leur rencontre ou en consultant les dossiers *a posteriori*. Pour d'autres cela devient même le critère de satisfaction principal : pour que le médecin installé soit satisfait, ses patients doivent l'être avant lui.

M02 : "Ben ça, ça a été variable. Ben ça a été variable d'un... d'un... ben écoutez le... on va mettre ce qui est important c'est le retour des patients après, quoi. Hein. C'est le retour des patients et puis qu'on n'ait pas eu de... qu'on n'ait pas eu de souci, enfin, voilà. Bon bien sûr chaque remplaçant a sa façon de travailler, tout ça, je ne peux pas faire une généralité là-dessus. Disons que nous quand on a un bon retour des patients on est contents, quoi, voilà."

M03 : "Alors, alors l'ensemble. J'ai... j'ai trouvé que... j'ai... j'ai confié mon cabinet 3 semaines durant l'été à un petit jeune remplaçant, là. Qui... où les retours ont été très bons. Il... je... en fait, c'est ça qui m'intéresse. C'est la satisfaction de ma clientèle."

M07 : "Quand nous sommes très satisfaits, les pa... le retour... Mais peut-être aussi que le retour fait partie de notre satisfaction. Si, si mes patients reviennent en me disant « vous avez un remplaçant, il était vraiment super, c'est... il est bien, on était très content », ben moi, ça me satisfait aussi. Généralement c'est les, le même, on a à peu près le même, la, la... le même regard."

Pour certains médecins, le retour du patient peut aussi permettre d'apprécier la manière dont les patients ont été pris en charge par le remplaçant, en complément de la consultation du dossier du patient.

M10 : "Je jette un coup d'œil sur ce qu'il a écrit sur le dossier, je pose une ou deux questions par rapport à, à... les consultations d'avant où le remplaçant est passé. Quand je les connais pas, une fois que je les connais je fais une confiance totale, donc il y a plus de problème. Je sais pas quoi, il a marqué infection urinaire, machin, je dis « Ah, vous avez une infection, ça va, ça a été ? » « Oui oui, il m'a bien pris, entre 2, machin, ça s'est bien passé, il m'a mis tel traitement, ça va mieux ». Bon, ben c'est bon, pffuit. Deux ou trois cas comme ça puis après ça avance, quoi."

Enfin, s'ils sont unanimes et négatifs, ces retours de patients vont permettre au médecin installé de savoir rapidement à son retour si le remplaçant a pu être incompétent ou avoir un comportement inadapté avec les patients.

M09 : "Mais avec le remplaçant expéditif c'est aussi par mes patients que j'ai su qu'il était expéditif, hein, donc c'était en mal."

2.3.2. Modalités du retour

2.3.2.1. Spontané du patient

Dans la grande majorité des cas, le retour du patient s'effectue oralement et spontanément, au cours de la consultation suivante avec son médecin habituel.

M00 : "Il y a des patients qui font un retour spontané."

M01 : "Alors, je dirais qu'il y a peut-être 30% de gens qui vont nous parler de l'entretien avec le remplaçant. Sinon les autres, ben, c'est soit, voilà c'est un médecin et il m'a soigné, point, et ils en parlent pas"

M04 : "Eh ben alors je vous disais que c'est, c'est au cours d'une consultation suivante, c'est les gens qui me disent avoir affaire, avoir eu affaire à mon remplaçant et que voilà ce qui avait été fait, ce qui a été dit."

M06 : "Ben lors des consultations a posteriori. [...] Quand je les revois ils m'en parlent en fait, tout simplement."

M07 : "Ils me disent spontanément si (rires)... ils nous font, ils donnent leur contentement ou mécontentement."

M09 : "M09 : Euh... verbalement, en consult, quand je vais les revoir. [...] c'est spontané, très spontané."

2.3.2.2. Recherché par le médecin

Certains médecins assument complètement que ce sont plutôt eux qui vont interroger leurs patients sur leur satisfaction ou non après entrevue avec leur remplaçant.

M00 : "Souvent nous, c'est nous qui allons à la pêche aux questions et aux réponses. Donc on leur demande : ça s'est bien passé ?"

M08 : "Non, souvent c'est moi qui demande."

D'autres médecins affirment ne jamais demander à leurs patients si la rencontre avec le remplaçant s'est bien passée. Ils partent du principe que s'ils n'en parlent pas c'est que tout s'est bien passé.

M02 : "Non, non, non, c'est eux qui les font. Non, non. On les cherche pas d'ailleurs. Non, non, non, parce qu'on en a bien assez sans les chercher, donc... (rires) On s'amuse pas à les chercher parce qu'en les cherchant on va surtout trouver des mécontents. Des contents ils vont dire « ah, oui, oui, ça s'est bien passé, bon, point ». Voilà. Mais vraiment, quelqu'un qui spontanément lui va nous dire « ça s'est bien passé », spontanément, et puis il va nous dire pourquoi. Mais nous on ne cherche pas des avis, sinon, pfouu..."

M06 : "Non, non. Non, je ne demande pas, non."

De manière contradictoire, le médecin qui nous rapportait rechercher des retours de patients sur la prise en charge médicale qu'a pu effectuer le remplaçant affirme ne jamais demander leur retour concernant leur satisfaction ou insatisfaction.

M10 : " Euh... non non, c'est spontané. Non, je vais jamais demander. S'ils ont envie de parler, ils parlent, si ils ont pas envie d'en parler, c'est que ça se passe bien."

2.3.2.3. Indirect par la fréquentation du cabinet

Un médecin a soulevé la problématique de la manière indirecte dont peut s'exprimer la satisfaction des patients envers un remplaçant, surtout s'il remplace régulièrement le même médecin. La fréquentation du cabinet, qui peut évoluer positivement ou négativement en fonction du remplaçant et au fil des semaines, en est certainement le critère le plus flagrant.

M09 : "Et puis, d'une manière indirecte quand c'est pas exprimé très directement, ben quand on est remplacé par exemple un... les mercredis un peu régulièrement, ou... et puis que le planning est quasiment vide alors qu'il déborde les autres jours quand c'est le médecin installé, ben c'est significatif aussi. Et quand on change de remplaçant après le planning se remplit. Petit à petit, parce que les premières semaines on hésite. Et comme on n'est pas dans une grande ville le bouche à oreille marche très bien. Et quand elle a dit « Ah ben le rem, le nouveau remplaçant ou la nouvelle remplaçante est bien » d'un seul coup le planning se remplit de nouveau. Alors ça c'est très significatif aussi."

2.3.3. Des retours mitigés

Contrairement aux ressentis directs des médecins installés sur leurs remplaçants qui sont presque unanimement satisfaisants, les retours des patients sont plus mitigés. Les médecins ont conscience que les avis de leurs patients sont plus basés sur des critères subjectifs comme le contact ou l'empathie que sur les critères objectifs de prise en charge médicale qui peuvent les intéresser eux-mêmes.

M02 : "C'est variable, mais, euh... nous quand... sur quoi ? Ah ben ça... (rires) C'est comme apprécier un médecin généraliste ou pas l'apprécier, hein."

M05 : "Ben écoutez, les derniers temps c'était bien parce qu'ils l'aimaient bien, ils commençaient à le connaître."

M07 : "Ça dépend du remplaçant. Généralement, ça recoupe notre impression."

M08 : "On va dire que c'est mitigé."

M09 : "Alors commentaires en bien ou en mal, hein."

Toutefois, il ressort que dans l'ensemble les patients sont majoritairement satisfaits de leurs rencontres avec les remplaçants.

M03 : "Ben du coup, euh... niveau satisfaction, enfin, on va dire dans l'ensemble les patients ils sont plutôt, oui, satisfaits"

M04 : "Et ils me font toujours un commentaire en me disant « très bien, très bien votre remplaçant »."

M06 : "Non, plutôt satisfaits. Plutôt satisfaits."

M08 : "En général ça va bien, ils sont plutôt contents."

M10 : "Non, il sont plutôt satisfaits. Mais parce que je, je prends beaucoup de temps à le choisir (rires)."

Les retours de patients, positifs et négatifs, ont été regroupés par thèmes et classés par ordre de fréquence retrouvé dans les entretiens.

2.3.3.1. Positifs

2.3.3.1.1. Contact avec le patient / écoute

Le critère principal de satisfaction des patients envers les remplaçants, au travers de ce qu'ils peuvent rapporter à leur médecin traitant, est donc un critère subjectif. Il s'agit de la conduite du remplaçant envers eux, son écoute, son empathie. Le patient, mis en confiance, garde ainsi une expérience positive de sa rencontre avec le remplaçant.

M00 : "Voilà souvent effectivement la réponse c'est que le remplaçant a été bien attentif, bien à l'écoute des questions, poli, gentil, enfin il n'y a pas de... il y a j... il y a rarement des problématiques sur ce sujet-là"

M01 : "Et après c'est aussi la, le relationnel."

M06 : "Euh... Eh bien je vais répondre la conduite avec eux, oui. C'est drôle, c'est toujours des choses... le relationnel prime un peu plus, finalement, sur ce qu'ils ont exactement prescrit. C'est « elle est sympa, elle est pas sympa ». C'est ce qui vient en premier, voyez ? [...] Sinon le contact humain finalement, oui, qui prime finalement."

M09 : "Ah ben oui, beaucoup au niveau relationnel, au niveau attention portée au patient. Ça c'est, j'ai l'impression que c'est..."

M10 : "Et puis, ou alors : « Ah ben c'est bien, il a bien parlé avec ma fille, les adolescents, les machins », voilà."

M11 : "sur le ressenti, sur la confiance qu'ils ont eue, sur, euh... oui."

2.3.3.1.2. La prise en charge médicale

Sur le plan médical, certains patients se montrent satisfaits de la prise en charge des remplaçants. La reprise consciencieuse du suivi de leur dossier médical et un examen clinique parfois plus méticuleux que le médecin installé sont particulièrement appréciés.

M04 : "Mais euh, mais je pense que c'est déjà, déjà c'est la prise en charge. Les... je pense que les gens apprécient qu'on les appelle pour leur dire « là vous avez un souci, faudrait peut-être qu'on voie ». Déjà la prise en charge médicale."

M09 : "Tout. La relation, la prise en charge, voilà."

M10 : "C'est-à-dire, il y a : « Ah, j'ai eu un bon traitement » et moi je suis ravi, parce que c'est un œil neuf, nouveau sur mes patients. [...] Et donc les gens le sentent ça : « Ah, ils nous a mieux examinés que vous vous le faites » (rires). Donc bon, ça c'est bien."

M11 : "Sur le, sur la prise en charge, sur la prescription"

2.3.3.1.3. Une pratique / un relationnel proches de ceux de leur médecin habituel

Enfin, que ce soit au niveau de la pratique médicale ou du relationnel, il semble que les patients apprécient un remplaçant qui se comporte comme leur médecin habituel. À travers leurs patients, ce mimétisme est également apprécié par les médecins installés eux-mêmes.

M04 : "Quand les gens me disent « Oh, vous savez c'était comme vous. Il a fait comme vous. Il m'a, il m'a... il m'a ausculté comme vous. Il a, il a... il m'a dit comme ça, euh ». C'est, c'est... déjà quand on me dit c'est comme vous, moi je suis très contente. Et après, ils me font un commentaire en me disant « mon, mon... franchement très bien votre remplaçant »."

M09 : "Bon, moi je suis pas expéditive avec mes patients, je les écoute, on a une relation qui est très... je sais pas comment dire, enfin voilà, humaine, quoi. Donc... ils peuvent parler de ce qu'ils veulent parler, etc. Et du coup, s'il y a un remplaçant qui a un peu le même relationnel, les patients le disent « Ah ben il fait... ah ben comme vous, on peut discuter, on se sent à l'aise », voilà."

2.3.3.2. Négatifs

Certains médecins rapportent qu'il y aurait un biais dans les retours spontanés des patients. Que ceux-ci s'exprimeraient principalement en cas d'insatisfaction. Comme vu

précédemment, ils partent du principe que si le patient ne parle pas du remplaçant c'est que la rencontre s'est bien passée.

M01 : "Après, ils parlent plus de critiques que de bons retours, hein malheureusement. Quelques uns vont dire «Ah il était super », ça ça peut arriver, mais c'est souvent..."

M10 : "S'ils ont envie de parler, ils parlent, si ils ont pas envie d'en parler, c'est que ça se passe bien."

2.3.3.2.1. Méfiance envers le remplaçant

Le premier motif d'insatisfaction des patients vis-à-vis des remplaçants n'est pas un critère médical ou relationnel. Ce serait le principe même d'être remplaçant qui, plus qu'une insatisfaction réelle pour le patient, entraîne une méfiance qui va lui faire remettre en question sa pratique, même si elle est objectivement correcte.

2.3.3.2.1.1. L'inconnu

S'il n'est pas régulier dans le cabinet, le remplaçant qui rencontre le patient est par définition un inconnu. Face à cet inconnu, le patient est plus susceptible et doute plus de la prise en charge médicale. Certains patients, pris au dépourvu face au remplaçant qu'ils n'attendaient pas, refusent même la consultation.

M00 : "en général on s'aperçoit qu'il y a 1 ou 2 personnes avec qui c'est pas passé pour une raison X ou Y. Mais ça aurait très bien pu être avec nous sauf que comme c'est un remplaçant la personne repart courroucée"

M03 : "Euh... après... après c'est vrai qu'il y en a toujours qui sont récalcitrants au remplaçant donc systématiquement ça va pas parce que c'était le remplaçant et pas parce que les soins étaient pas corrects (rires)."

M05 : "Des gens qui, par exemple, rentrent dans la salle d'attente, voient que c'est le remplaçant, qui s'en vont, par exemple. Ça s'est déjà vu mais c'est pas d'ordre médical."

2.3.3.2.1.2. Le jeune médecin

En règle générale, les remplaçants sont de plus jeunes médecins que les médecins qu'ils remplacent. Face à cette inexpérience, certains patients sont encore plus suspicieux et leur confiance encore plus difficile à acquérir. Ceci est plus flagrant chez les patients âgés, qui sont les plus méfiants face à la jeunesse du remplaçant.

M01 : "Je dirais que les personnes âgées seront peut-être un peu méfiants au regard de la jeunesse du remplaçant, parfois. Hein, ils peuvent avoir peut-être un manque de confiance en disant, ben «il avait quel âge ? », voilà. Après les jeunes généralement ils posent jamais de souci."

M08 : "Après, le problème c'est que j'ai une patientèle très âgée. Donc ils sont bien dans leurs petites habitudes (rires). Alors quand ça change, c'est pas forcément ce qu'ils aiment. Euh... voilà. Mais l'intérêt c'est que, voilà. Quand c'est vraiment un nouveau remplaçant des fois ils ont un peu de mal, quand c'est celui dont ils ont l'habitude, voilà, après ça va bien souvent."

M11 : "Ben, il faut déjà qu'ils le connaissent depuis un certain temps pour lui accorder leur confiance. Globalement, ils préfèrent toujours avoir affaire au médecin installé qu'au remplaçant, c'est toujours comme ça. [...] On a moins ça avec la... la patientèle plus jeune"

2.3.3.2.2. Contact avec le patient

Nous avons vu que le contact de certains remplaçants est un critère important de satisfaction pour les patients. Il apparaît donc naturel qu'un remplaçant hautain, froid ou expéditif laissera aux patients une image négative, dont il fera potentiellement part à son médecin habituel à son retour.

M02 : "Il y a des médecins généralistes très compétents, mais... compétents médicalement mais qui ne passent pas bien parce qu'ils parlent pas assez au patient ou parce qu'ils prennent le patient un peu froidement ou de haut, machin. Et ça les patients aiment pas ça, hein. Les patients ils aiment être écoutés, ils aiment être considérés, même s'ils ont rien et puis, voilà."

M05 : "Ou alors « oui, il m'a parlé comme ça »"

M08 : " Euh, il, voilà, moi j'ai des, une patientèle âgée donc il tutoie beaucoup, donc déjà il y en a qui n'apprécient pas. On ne fonctionne pas pareil, des fois il est un peu expéditif, voilà. Il est beaucoup plus... voilà. Moi je tourne un peu plus les angles, lui il est un peu cash, quoi. Donc des fois, ça passe pas (rires)."

M09 : "ben voilà, le patient hyper e... le, le remplaçant hyper expéditif il va dire « vous avez mal à la gorge, eh ben vous prenez du miel. Au revoir ». Voilà. Et... c'est pas caricatural, hein, ça a été fait. Donc le patient il vient pas en consultation pour entendre ça, je pense pas."

2.3.3.2.3. Pratique / relationnel trop éloignés de ceux de leur médecin

Toujours de la même manière que les patients apprécient un remplaçant à la pratique et au relationnel proches de ceux de leur médecin habituel, ils ne seront pas satisfaits d'un remplaçant trop différent de leur médecin. Le rituel de la consultation (examen, prise de tension, prescriptions,..) et une écoute similaires à ceux de leur médecin sont importants pour les patients.

M01 : "il a pas prescrit comme vous avez l'habitude"

"Je dirais que si les patients... si le retour est vraiment dans l'unanimité catastrophique, entre guillemets. Là c'est sûr que je, je... j'aurais tendance à me dire que... ben... peut-être que c'est pas un remplaçant qui me... enfin qui convient à ma patientèle, quoi. Faut aussi, hein... parce que c'est vrai qu'on a aussi la patientèle qu'on se fait, hein... il y a des... et... alors il y a peut-être, voilà des gens qui sont peut-être trop directs ou, hein, qui enrobent peut-être pas assez les choses et du coup il peut y avoir, euh..."

M03 : "Et des fois ils ont des attentes ou alors il suffit que, enfin c'est vrai comme le remplaçant connaît pas nos patients. C'est vrai que nous on sait comment les prendre. Après des fois si on... voilà si on n'est pas dans... si on... si ça correspond pas à leurs demandes, à leurs attentes."

M04 : "Moi j'ai des consultations où je prends le temps d'écouter mes patients et donc, quand ils ont des gens qui les expédient, ça leur convient pas."

M07 : "Généralement c'est un tout, c'est prescriptions et euh, et euh... comportement global. Façon de faire très très différente de, de ce qu'on fait."

"J'ai eu par exemple des remplaçants qui n'examinaient pas les patients. J'ai l'habitude d'examiner mes patients, leur prendre la tension pour un renouvellement d'hypertension, un exemple. On avait, on a eu un remplaçant qui n'examinait pas les gens, qui ne prenait pas la tension. Donc les gens étaient surpris. Qui fumait dans le cabinet. Donc les gens sont surpris, c'est pas dans nos habitudes, voilà. (rires)"

2.3.3.2.4. Horaires / Durée de consultation

Les patients vont facilement se plaindre d'un remplaçant qui a du retard dans les consultations, d'autant plus si leur médecin a l'habitude d'être ponctuel.

Si le médecin a également l'habitude de prendre du temps en consultation pour écouter les patients et répondre à toutes leurs doléances un remplaçant expéditif ne sera pas apprécié.

M01 : " il a pas pris à l'heure"

M04 : "Euh, c'est, après c'est les, l'insatisfaction c'est surtout sur la prise en charge très succincte et sur la rapidité de la consultation. Moi j'ai des consultations où je prends le temps d'écouter mes patients et donc, quand ils ont des gens qui les expédient, ça leur convient pas."

M08 : "On ne fonctionne pas pareil, des fois il est un peu expéditif, voilà."

"Lui, c'est une consultation égale un motif. Euh, moi, voilà, s'ils ont 3 motifs, bon, je râle pas trop et je le fais, quoi."

2.3.3.2.5. La consultation de banques de données

Deux médecins ont rapporté le thème de la consultation de banques de données médicales par les remplaçants comme motif d'inquiétude plus que d'insatisfaction pour les patients. Eux-mêmes avouent les consulter pour confirmer une prescription ou vérifier une recommandation. Les patients vont le ressentir totalement différemment si c'est le remplaçant, considéré comme inexpérimenté par rapport à leur médecin, qui va consulter ce type de sources. Ils vont être inquiets car voient probablement ceci comme une manière de combler des lacunes de connaissances médicales.

M02 : " On a eu une fois d'avoir un patient qui nous a dit « ah, il était tout le temps en train d'aller dans le Vidal », voilà, ou elle était je sais plus, il était... Bref, bon, ben j'ai dit « ah ben, c'était pour être certain, vous inquiétez pas ». Moi je suis allé dans le sens de les rassurer, quoi. Evidemment ça les avait un peu inquiétés cette recherche dans le Vidal, quoi, voilà, bon."

M11 : "Alors, ce que les patients n'aiment pas du tout, c'est quand les remplaçants consultent les banques de données en leur présence. Euh... ça c'est un argument, euh... Pour eux, c'est un élément où après ils ont du mal à faire confiance. Le fait qu'il ait... « Mais justement, il vérifie, euh... donc vous pouvez lui faire entièrement confiance ». Je dis, moi j'aurais plus peur d'un médecin qui ne vérifie jamais rien, quoi. [...] Qu'ils aillent voir sur Antibiocllic, qu'ils aillent voir, euh... et pourtant, moi aussi je le fais, quoi. C'est pas ressenti pareil."

2.3.3.2.6. Attitude du médecin installé face à ces critiques

Lorsque les patients font à leur médecin des critiques subjectives non justifiées sur le remplaçant, celui-ci reste confraternel. Les médecins insistent sur le fait qu'ils prennent la défense de leur remplaçant dans ces cas de figure, comme ils le feraient pour n'importe quel

autre médecin, notamment pour leur associé. Certains passent même du temps pour justifier la prise en charge médicale du remplaçant, prouver au patient qu'elle a été cohérente et que lui-même aurait fait la même chose.

M02 : "Quand il y a des critiques des patients on les prend toujours au seconde degré parce que... ou alors faut vraiment, enfin on les prend toujours... ben c'est la même chose que quand un patient vient et me critique mon associé et réciproquement avec lui, hein. On prend ça... on prend ça avec du recul, quoi. On ne prend pas ça pour argent comptant, hein."

M07 : "ici on est très rigoureux sur la confraternité, donc en... dans tous les, dans tous les cas, on ne tient pas compte de l'avis du patient et, et donc je ne fais aucun commentaire sur un, un... un remplaçant, pas plus que je n'en fais envers un autre médecin devant un patient. Non, je vais pas casser le remplaçant."

M11 : "Un jour, j'ai un patient qui m'a fait, mais suer grave parce que ma remplaçante n'avait pas voulu lui prescrire des antibiotiques, mais elle avait parfaitement raison. Et donc ça m'a pris encore beaucoup de temps après pour lui expliquer qu'elle avait raison. Mais, euh... du coup il lui en voulait. À moi, si il en voulait, je ne sais pas, mais il est quand même revenu. Mais, voilà, ça a été dur de lui faire admettre que, oui, qu'elle avait raison et que c'était le... c'était le... la, la bonne prescription, le bon comportement par rapport à la situation clinique, quoi."

Un médecin exerçant en milieu rural et à la patientèle pléthorique va même jusqu'à ne pas se fatiguer à justifier la pratique de son remplaçant en qui il a entière confiance. Les patients sont libres de partir s'ils sont insatisfaits, mais il leur sera difficile de trouver un autre médecin dans cette zone rurale.

M10 : "Non, non. S'ils sont pas contents ils sortent, hein. J'ai assez de clientèle, comme ça je peux les mettre à la porte si ça va pas. Je leur dis : « Écoutez c'est comme ça c'est tout, c'est pas autrement »."

Bien entendu, si les patients sont critiques de façon presque unanime et rapportent des pratiques ou des comportements non adaptés du remplaçant, le médecin installé va le prendre en considération. Il en discutera avec le remplaçant et envisagera peut-être même de ne plus le solliciter à l'avenir.

M04 : "Donc là, là les gens sont venus me voir et m'ont, m'ont raconté ce qui s'était passé et m'ont dit « ça, franchement, c'était inadmissible ». Mais ça n'a pas trop influencé, ça n'a pas influé sur ma, sur, sur ma clientèle puisque moi je leur ai dit que j'allais mettre bon ordre, hein."

2.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants

Face au remplaçant, généralement un jeune médecin inconnu, il est naturel que le patient ressente un manque de confiance. Les prescriptions du remplaçant peuvent être mises en doute et sont donc un marqueur indirect de la confiance que peut avoir le patient envers le remplaçant.

Nous avons donc interrogé les médecins généralistes installés pour savoir si les patients reconsultaient ou les interrogeaient à leur retour de congés pour faire valider ou modifier les prescriptions des remplaçants. Ces nouvelles consultations sont-elles nécessaires et quelle est l'attitude des médecins face à celles-ci ?

2.4.1. Part de patients qui reconsultent

Certains médecins sont formels : leurs patients sont presque totalement observants aux prescriptions des remplaçants. Ils ne vont même pas les recontacter pour discuter de la prise en charge et éventuellement faire valider la prescription. Un médecin constate que cette observance augmente si le remplaçant travaille plus régulièrement dans le cabinet.

M04 : "I : Ok. Et ensuite par rapport aux prescriptions des remplaçants, est-ce que vos patients sont plutôt observants où est-ce qu'ils vont revenir pour faire valider ?

M04 : Non. Oui, oui, non, non. Ils sont observants.

I : Même pas discuter la prise en charge ?

M04 : Non."

M06 : "I : Et ensuite, par rapport aux prescriptions des remplaçants, est-ce que vos patients sont plutôt observants ou est-ce qu'ils vont revenir vers vous pour faire valider ou faire modifier ?

M06 : Non, ils sont observants."

M08 : "I : Hum. Et maintenant, qu'est-ce... quel est le niveau d'observance de vos patients aux prescriptions du remplaçant. Est-ce qu'ils vont revenir pour... ?

M08 : Oh oui, 100%. Non, non, ils font.

I : Ils vont pas revenir même pour faire valider ou vous appeler ?

M08 : Non, non. Non, non, pas du tout.

I : Il y a pas de consultations qui s... qu'elles soient justifiées ou non derrière ?

M08 : Non, jamais ça."

M09 : "Très rarement. Plus le remplaçant remplace régulièrement, plus ils le connaissent et quand ils se sentent à l'aise, eh ben ils vont être aussi observants que si c'est moi."

La majorité des médecins constate chez leurs patients une observance incomplète. Ils estiment entre 5 et 20% la part de patients qui va revenir en consultation pour faire valider ou discuter de la prise en charge ou encore ne suivra pas le traitement prescrit par le remplaçant.

M01 : "Ben moi je dirais... peut-être 20% des gens peut-être reviennent. Entre 10 et 20% quand même."

M02 : "alors il y en a qui sont observants, il y en a qui reviennent. Il y en a qui reviennent pour demander un deuxième avis"

M03 : "Euh très rarement. On va dire quoi, c'est peut-être de l'ordre de... oui, peut-être... je sais pas, je dirais 4 – 5% peut-être que je peux revoir après une semaine. Pour... oui, pour... Mais c'est très rare, quoi."

M05 : "I : Hum. Et justement le niveau d'observance de vos patients aux prescriptions de vos remplaçants. C'est une grosse part ou pas ?

M05 : Oh, oui, oui, oui. Oh oui, quand même au moins 80%, oui, oui."

M07 : "Ils sont à 80% observants. [...] 20 % vont revenir ou vont pas modifier le traitement, ou vont pas suivre la prescription, ou pas suivre l'avis, voilà. Mais ça, peut-être, ouais, euh même peut-être pas 20%, peut-être 15%."

M10 : "I : Et quel est le niveau d'observance de vos patients aux prescriptions du remplaçant ? Est-ce qu'ils sont observants totalement ou...

M10 : Ahhh non, peut-être pas totalement, oui."

"I : Hum. Et c'est un grosse part de patients qui vont revenir discuter de la prise en charge ou... ?

M10 : Oh non, non. Non, non. 10%. 10%."

2.4.2. Nouvelles consultations justifiées

Quelques médecins rapportent des situations où la consultation au retour du médecin installé apparaît justifiée. Il s'agit de situations médicales où l'application des recommandations et des cours appris à la faculté de Médecine n'est pas forcément adaptée à la pratique de la Médecine Générale. Les consultations qui s'inscrivent dans une histoire médicale, par exemple pour analyser avec son médecin les résultats d'examens prescrits par le remplaçant, sont aussi justifiées.

M00 : "quelquefois à mon avis c'est pas forcément bien en... complètement en relation avec notre mode d'exercice en médecine générale. Et ce qui fait que c'est quelquefois l'objet d'un... d'une... de revoir quelqu'un quand c'est des petits remplacements où quelquefois on les revoit une semaine après et effectivement on n'aurait pas fait forcément comme le remplaçant sauf que... il a... après il a pas... il a fait son boulot avec ses référentiels et voilà"

M04 : "Evidemment, quand on revient il y a toujours des gens qui vont venir, mais dans les suites si vous voulez. Qui viendront de façon rapprochée, mais dans une histoire médicale."

2.4.3. Nouvelles consultations non nécessaires

Selon les dires des médecins installés, la plupart des patients qui reconsultent à leur retour le font pour des motifs non justifiés médicalement.

La raison principale de ces nouvelles consultations étant d'obtenir la confirmation de leur médecin habituel sur la cohérence, à son sens, de la prise en charge et de la prescription du remplaçant. Dans l'attente, parfois plusieurs jours, les patients ne prennent parfois pas le traitement prescrit, même si celui-ci est important, comme un traitement antibiotique par exemple.

D'autres consultations plus rapprochées sont réalisées par les patients qui jugent inefficace le traitement prescrit par le remplaçant. Souvent de façon tellement rapprochée qu'on ne peut pas juger de l'efficacité ou non du traitement. Car il n'a pas eu le temps d'agir ou car l'évolution naturelle de la pathologie ne peut pas se faire plus rapidement.

M00 : "En fait ils re... on a des f... quelques fois des gens qui consultent pour revalider une prescription. Alors c'est surtout en fait... on revient toujours au même problème au... de la pathologie relativement infectieuse ou relativement pas très très grave où euh... où les gens reviennent une semaine après ou... ou on est euh... pour faire confirmer ou valider"

M01 : "Les surconsommants, les CMU, etc., eux vont revenir 24 ou 48 heures après comme ils ont l'habitude de faire, ben quand ils reviennent des urgences aussi. Plus pour savoir si c'est bien ou parce que ça ne marche encore pas et que ça fait que 24 heures, hein"

M02 : "Il y en a qui le font. Il y en a même qui n'ont pas pris le traitement, ont attendu 3, 4, 5, 10 jours et au bout de 10 jours, ah ben c'est un antibio c'est bien. Alors au bout de 10 jours ils nous disent « ah ben voilà j'avais de l'amoxicilline, est-ce que je peux le prendre ? » Ahhh... (rires) voilà, voilà. Ça il y en a qui nous demandent confirmation sans venir en consult là, mais, bon, par téléphone, voilà."

M05 : "Ils reviennent dire « Mais qu'et-ce que vous en pensez ? Il m'a donné ça, il m'a prescrit ça ». Enfin bon, ils reviennent prendre comme un deuxième avis."

M09 : "De temps en temps, rarement, mais c'est souvent quand ils ont été échaudés avant. Du coup, ils demandent confirmation et puis après, ben si c... si ça a été confirmé et puis qu'après, ben voilà, ils s... ils reviennent un p... et... Ils font la démarche une fois, quoi, et puis après c'est fini."

M11 : "Ça, ça arrive ça, oui. Qu'ils reviennent pour demander confirmation. « Ben oui, ben c'est bien, euh ». « Ah oui, mais je voulais être sûr, voilà »."

Les médecins installés sont conscients que ces nouvelles consultations non justifiées médicalement ne sont pas dépendantes des remplaçants. Les patients vont, de la même manière, revenir les voir après avoir consulté un autre médecin, aux urgences ou en consultation hospitalière par exemple.

Il apparaît que le médecin généraliste du patient revêt ici une figure de référent principal pour le patient. Le patient va venir lui demander son avis pour toute prise en charge médicale n'émanant pas de lui, car c'est en lui qu'il a mis toute sa confiance, en général depuis de nombreuses années.

M01 : "Je vois le samedi dimanche il y a une consult qui est faite aux urgences pour un motif aigu, vous pouvez être sûr que le lundi ou le mardi ils sont déjà ici. Soit parce que c'est pas encore assez rapide alors que finalement il n'y a pas besoin de revenir, hein, entre guillemets. Soit pour juste vérifier si le traitement est bien en adéquation avec peut-être ce que j'aurais mis, quoi"

M05 : "Ils se plaignent pas, hein, mais je sais pas, ils ont... Je pense que quand j'étais peti... quand j'étais jeune et débutante, je pense qu'ils sont allés voir leur référent quand même. Et donc voilà, je pense qu'ils reviennent voir leur référent."

M07 : "Non, c'est pas justifié. [...] Parce qu'ils ne sont pas tranquilles, ou parce qu'i... Mais ces, ces, ces... je ne, je ne... ces gens-là, par contre, je suis pas persuadé en plus que c'est une histoire de remplaçant. Parce que, chose qu'on imagine difficilement, et surtout en milieu hospitalier, ce sera des, des, des patients qui vont aller consulter en milieu hospitalier parce que je leur ai demandé de le faire et qui ne suivront pas les traitements, et vont revenir ici aussi avant de prendre un traitement."

2.4.4. Attitude du médecin face à ces consultations à son retour

Concernant la décision médicale prise par le remplaçant dans la consultation précédente, un médecin rapporte qu'il la valide dans la majorité des cas.

M00 : "les 2/3 du temps d'ailleurs on valide ce qu'a dit le remplaçant"

Face aux consultations injustifiées à leur retour, uniquement réalisées pour avoir une confirmation de ce qu'a fait le remplaçant, certains médecins montrent leur agacement.

D'abord, car ces consultations vont surcharger le planning du médecin à son retour de congé.

L'intérêt d'avoir assuré une continuité des soins avec un remplaçant s'en retrouve amoindri.

Ensuite, car le patient qui ne suit pas un traitement qui a été prescrit par le remplacement pour un problème intercurrent ou une acutisation d'une pathologie peut mettre en danger sa santé.

Dans tous les cas, les médecins installés vont, face à ces patients qui reconsultent, s'efforcer de rassurer leurs patients sur les qualités du remplaçant et par un travail éducatif éviter que ces comportements ne se reproduisent et se chronicisent.

M01 : "Ça c'est un peu pénible mais euh, voilà"

M02 : "alors ça nous énerve un peu, parce que ça nous enlève le bénéfice du remplacement, puisque ils nous attendent au retour ; j'allais dire au tournant (rires) ; et on a des consultations qui n'en finissent plus au retour, quoi. Hein, c'est ça. Donc ça, ça nous embête un peu et d'ailleurs souvent on corrige pas et on dit « oui, faut prendre ce que le remplaçant a donné ». Parce que si on entre un petit peu dans ce petit jeu là... si on modifie, enfin sauf si vraiment c'était... il était allergique à un truc et puis, bon. Mais on modi... on touche pas à ça parce que autrement... ça serait de pire en pire, quoi. Les patients vont s'habituer à venir faire une autre consultation de contrôle et ça on en a pas du tout envie, hein (rires)"

M10 : "Oui oui, en me disant « Il m'a prescrit ça, qu'est-ce que vous en pensez ? ». « Vous l'avez pas pris, enfin, ça fait une semaine ! » (rires). Donc je les engueule un peu. Alors ils rigolent, ils me regardent en me disant « mais on a confiance qu'en vous ». Je dis « Mais non,

si je suis pas là pendant 15 jours, c'est pas possible, si c'est grave il faut suivre ». Donc j'arrive à les re... on rigole un peu et puis c'est bon, ça passe. Après, il suffit que je leur dise « si je l'ai choisi, c'est que j'ai une totale confiance » et puis les gars qui feront ça une fois, deux fois, trois fois après c'est bon, ils sont briefés. Ils savent que les remplaçants il y a pas de problème, qu'ils peuvent s'appuyer dessus, quoi."

2.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés

Nous avons demandé aux médecins généralistes installés si, en analysant leurs prises en charge médicales, leurs prescriptions ou leur façon de gérer le cabinet, les remplaçants avaient pu influencer leurs propres pratiques.

2.5.1. Absence d'influence sur le médecin installé

Dans notre étude, deux médecins sont formels : les remplaçants n'influencent pas leur propre pratique.

M02 : " Je pense pas, parce que leur temps de passage est un peu court. Encore que là, depuis 3 ans on a la même remplaçante qui nous remplace régulièrement. Donc là, évidemment, on voit un petit peu ses habitudes de prescriptions et puis... sa façon. Mais bon, ça n'influence pas... non, non."

M03 : "Euh non, pas particulièrement, euh..."

2.5.2. Prescriptions

2.5.2.1. Acquisition / mise à jour de nouvelles pratiques ou recommandations

De nombreux médecins, la majorité dans notre étude, avouent être influencés par leurs remplaçants.

Le thème le plus souvent retrouvé dans les entretiens est l'acquisition de nouvelles pratiques ou la mise à jour de recommandations. Les médecins mentionnent la jeunesse des remplaçants : leur formation universitaire est toute récente, donc les recommandations qu'ils ont apprises aussi et ils sortent souvent de stages hospitaliers où les pratiques sont à la pointe de la modernité.

M04 : "Notamment mon dernier remplaçant est très jeune, donc il démarre dans la vie active. Mais de par ses remplacements il a donc déjà une petite expérience et je suis à l'écoute de ce qu'il peut me dire. Donc c'est peut-être des, des méthodes de travail qui sont un petit peu plus récentes que ce que je connais et je suis toute ouverte à ce qui, à, aux nouvelles méthodes qu'il peut utiliser."

M05 : "I : Ok. Par rapport à cette mise à jour un peu de ce qu'il a pu apprendre à la fac et qui était pas..."

M05 : Ouais. Ouais, ouais. Ouais, ouais. Si, il y a des trucs, je me suis dit « tiens, j'aurais pas fait comme ça, mais c'est bien »."

M06 : "Alors, peut-être éventuellement sur les nouvelles recommandations. Il y a peut-être des choses qui des fois m'échappent et j'avoue, et après j'essaie de revoir ce qu'il en est."

M07 : "Ils m'influencent tout le temps ma, ma propre pratique, parce qu'ils ont une façon un peu différente de faire. Et je, je relève ce qu'ils font et des fois, ben ça me remonte aussi parce que moi ça fait 20 ans que je suis installé, j'essaie de faire beaucoup de formations. Mais, voilà, ils ont une façon de faire un peu différente et, et il y a certaines choses que je prends."

M08 : "En tout cas, je pense que plus je vieillirai, plus ça m'apportera quelque chose. C'est bizarre, hein, de dire ça, mais. Voilà, là mes études sont pas très vieilles, j'ai encore des trucs assez récents dans la tête. Mais je pense que, voilà, ça évolue tellement vite la médecine que plus on vieillit, plus les remplaçants apportent, ben un coup d'œil nouveau et puis des fois des connaissances un peu... plus récentes on va dire."

M10 : "Ben c'est ce que j'ai dit tout à l'heure, c'est-à-dire des remarques sur ma façon de travailler. [...] Donc avec un petit mot sur le dossier : attention à telle association, à tel truc, je me suis permis de faire ça."

2.5.2.2. La prescription d'examens complémentaires moins courants

Concernant les prescriptions des remplaçants qui peuvent influencer les médecins installés et dont ils peuvent s'inspirer pour leur propre pratique, plusieurs médecins ont mentionné les examens complémentaires (notamment biologiques) moins courants.

Encore une fois, le jeune remplaçant qui travaillait récemment en stage hospitalier dans des services spécialisés a plus de propension à influencer un médecin plus âgé dont la formation hospitalière est lointaine.

M05 : "Et aussi sur les actes biologiques il y a des choses qu'ils font, qu'il faisait lui et qui, que j'ai jamais trop pratiqués. Et je me rends compte, je suis allé chercher, je suis allé voir et finalement c'est plus... il me ramène de la modernité."

M08 : "il y a des trucs des fois ils sont plus à l'aise en fonction des stages qu'ils ont faits. J'ai vu il y en a une, il y avait des prescriptions en biologie par rapport à de la rhumato, j'avais j... des trucs que j'avais complètement, les anticorps anti-SSA, anti-SSB, c'est vrai que c'est des trucs que j'avais pas forcément pensés quoi, à rechercher, donc des fois ça me fait rechercher dans mes cours et voilà. Me faire poser plus de questions, quoi."

M10 : "d'autres qui demandent des examens complémentaires que moi j'avais pas demandés."

2.5.2.3. Prescriptions plus économiques

Le médecin qui rapportait comme qualité des remplaçants des prescriptions économiques avoue être lui-même influencé et tendre à prescrire de cette manière.

M01 : "Alors parfois je dirais que j'essaie de suivre le remplaçant dans le sens où la baisse de quantité de médicaments par ordo. La baisse des dépenses je pense, plus ça. C'est vrai que nous on a peut-être pas été éduqués sur ce côté financier. Et encore, les générations d'avant c'était encore pire. Mais je pense qu'ils ont un regard... voilà, économique, je pense. Donc j'essaie de me le rappeler quand... quand je pratique moi-même quoi"

2.5.3. Tenue des dossiers / Informatique

Sur le versant « gestion du cabinet », des médecins installés sont influencés par les remplaçants sur une tenue plus scrupuleuse des dossiers des patients et l'utilisation du matériel informatique, notamment le logiciel médical.

Les remplaçants, qui ne connaissent pas ou peu les patients et dans un souci de continuité des soins, s'astreignent généralement à réaliser une observation minutieuse dans le dossier médical du patient. Ceci plaît aux médecins et les stimule également à réaliser eux-mêmes des observations détaillées dans leurs dossiers.

En règle générale plus jeunes que les médecins installés, les remplaçants sont aussi plus à l'aise avec l'informatique. Ceci stimule les médecins à utiliser davantage cet outil et parfois même leur permet d'en découvrir des fonctionnalités qu'ils ignoraient.

M00 : " En... c'est vrai que les... le fait que... les remplaçants qui sont rigoureux avec une... avec un... une observation sur le dossier qui est bien faite, très très minutieuse et très... ça restimule un bon petit coup pour refaire des dossiers bien remplis."

M05 : "Euh ben, ils... alors mais moi je parle de mon dernier remplaçant là qui, qui était un jeune. Eh bien écoutez, en fait il me stimule et il me, il me... il m'a fait un petit peu revoir mes hab... mes, mes histoires, mes, mes, comment dire... me remettre en question, notamment sur tout ce qui est internet, ordinateur et compagnie. Parce que moi j'avais quand même beaucoup de tendance à écrire, hein."

M11 : "Ils se débrouillent très bien avec le logiciel, bien mieux que nous. Moi ils m'apprennent des choses sur le logiciel que j'ai depuis des années. [...] Ben oui, voilà, ils m'apprennent... ils m'apprennent des trucs."

2.5.4. La découverte de nouveaux correspondants

Un médecin apprécie des remplaçants le fait de découvrir de nouveaux correspondants. Souvent des jeunes spécialistes que le remplaçant a découverts au cours de sa scolarité. S'il a de bons retours des patients ayant eu affaire à ces spécialistes, le médecin aura tendance à leur réadresser d'autres patients, sa pratique s'en voit ainsi influencée.

M10 : "des correspondants différents aussi, ça c'est pas mal. Parce que du coup, comme ils viennent de facultés, ben ils ont des nouveaux correspondants, des nouveaux professeurs que moi je ne connais pas du tout, des nouveaux assistants et c'est pas mal ça aussi pour moi."

2.5.5. Le regard neuf du remplaçant sur ses patients

Déjà cité plusieurs fois comme une qualité appréciée chez le remplaçant par les médecins installés, deux médecins ont cité le regard neuf sur le patient comme élément pouvant influencer leur pratique.

Concrètement, on peut douter que la pratique du médecin soit réellement influencée par ce biais. Par contre, ce regard neuf et sans *a priori* sur leurs patients peut permettre de débloquer certaines situations médicales dans lesquelles les médecins étaient un peu coincés.

M08 : "Ben si des fois ils ont des idées différentes, ils voient les patients différemment, d'un autre œil. Bon moi ça fait pas très longtemps que je suis installée, hein, donc j'ai encore... mais des fois quand on connaît quelqu'un depuis longtemps, il y a des choses qu'on ne remarque plus."

M09 : "Avec un œil nouveau peut-être, un regard autre sur un patient qu'on connaît très bien et trop bien. Qui revient toujours avec les mêmes plaintes, etc. Où on a plus... où on manque peut-être de recul parce qu'on part avec une idée toute faite sur ce patient. En disant « ben toute façon il se plaint toujours de ça, etc. ». Donc voilà. Ça permet d'avoir un... ouais, d'avoir un autre regard et des fois de penser à quelque chose auquel on pense pas."

2.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients

Nous avons demandé aux médecins généralistes installés si le fait de se faire remplacer pouvait améliorer ou au contraire dégrader leurs relations avec leurs patients. Une mauvaise expérience entre un patient et le remplaçant aura-t-elle forcément un retentissement négatif sur cette relation ? Le patient va-t-il en vouloir à son médecin traitant ?

2.6.1. Absence d'influence sur la relation

Pour certains médecins installés, le fait de se faire remplacer ne change rien dans la relation qu'ils entretiennent avec leurs patients, ni en bien ni en mal. Une mauvaise expérience avec un remplaçant ne modifie pas cette relation.

M00 : "Oh ça renforce pas ou ça diminue pas"

M01 : "I : Mais vous les patients n'ont pas pu vous en vouloir par rapport au choix d'un remplaçant ?

M01 : Non. Non, ça ne m'est jamais arrivé en 25 ans."

M05 : " Non, ça a rien changé ça. Non, non. Ça a rien changé du tout."

M07 : "Ni l'un ni l'autre"

2.6.2. Renforcement de la relation médecin installé - patient

Pour une majorité de médecins dans notre étude, le fait de se faire remplacer va renforcer leurs relations avec leurs patients. Par plusieurs biais que nous allons énumérer ci-après.

2.6.2.1. Par la continuité des soins

Les patients sont reconnaissants de la simple présence d'un remplaçant dans le cabinet lors des congés de leur médecin. Par la continuité des soins, les patients sont rassurés qu'il y ait toujours quelqu'un pour s'occuper d'eux.

M05 : "Et donc ils sont quand même contents quand il y a quelqu'un. Parce qu'ils sont rassurés."

M06 : "Est-ce que ça renforce leur confiance en moi le fait que je leur laisse une permanence de soins ? Je ne sais pas. C'est possible. Ils sont contents d'avoir une permanence de soins, je pense. Voilà, qu'il y ait toujours quelqu'un dans mon cabinet. Parce que ça, c'est important pour moi."

2.6.2.2. Par le recrutement de bons remplaçants

Les bonnes expériences avec des remplaçants sont également positives dans la relation entre médecins installés et patients. Si les patients trouvent un remplaçant très compétent, ils auront plus tendance à être reconnaissants envers leur médecin du fait de l'avoir recruté qu'à comparer sa pratique et la remettre en cause.

M03 : "Et puis c'est vrai le fait qu'il y ait des bons remplaçants ben ça le, pareil, ça renforce également, quoi. [...] mais le fait qu'il y ait des bons remplaçants ça a aussi un effet... après pour la confiance. Après c'est vrai que pour ce côté-là ça se passe plutôt bien."

M08 : " Ils vont les prendre, euh... quand ils vont en visite à domicile, ils vont peut-être passer une heure avec le patient et, et les gens vont être super contents, parce que ils ont trouvé que la consultation était très complète. J'ai eu le cas d'une, d'une remplaçante que, qui m'a remplacée là ; bon c'était en garde pour le coup, mais elle est tombée sur une de mes patientes qui l'a trouvée géniale. Donc, des fois, c'est tout l'inverse, hein. Donc ça a pas remis en cause ma pratique, mais je veux dire, elle l'a trouvée très bien."

"Souvent ils sont très satisfaits des remplaçants que je prends, quoi."

2.6.2.3. En voyant une autre manière de pratiquer, confirmer sa préférence à celle de son médecin

Au-delà du fait d'être satisfait ou déçu du remplaçant, la consultation avec lui va être pour le patient l'occasion d'être confronté à une autre manière de pratiquer : une autre approche dans le contact, un autre rituel dans la consultation, une façon différente d'être examiné. Dans la majorité des cas, le patient habitué depuis des années à la pratique de son médecin va à cette occasion conforter sa préférence en lui.

M03 : "Euh oui, plutôt un renforcement (rires). Oui, d'autant plus... enfin, oui des fois d'autant plus fidèles à... au médecin titulaire que... donc c'est vrai que ça peut, oui, ça peut renforcer plutôt la confiance qu'ils ont avec moi."

M06 "Eh bien écoutez, ça les solidifie. Ça les solidifie. [...] Voilà. C'est tout ce que je pourrais vous dire. Oui, ça les solidifie. Je sais pas, ils ont... Après alors, je sais pas, le fait de voir des changements, je ne sais pas."

M08 : "Alors souvent ça renforce. Enfin moi en tout cas ça renforce. [...] Ça renforce le lien parce que, euh... voilà, ils aiment bien avoir toujours le même docteur, ça les rassure. Et puis je vous dis, j'ai un remplaçant qui est assez, euh... ah, c'est dé, dé... j'aime pas dire ça, hein, pas pète-sec mais, je sais pas comment vous dire (rires). Euh... des fois, euh, voilà, il a pas envie de les écouter, donc il dit : « bon écoutez, voilà, c'est bien vous me parlez de votre vie, mais moi je veux savoir pourquoi vous venez ». Donc c'est vrai que moi, euh... [...] Ils ont, ils ont l'impression d'être plus écoutés peut-être."

2.6.2.4. Par la gestion de mauvaises expériences

On pourrait penser qu'une expérience négative entre les patients et un remplaçant pourrait avoir un retentissement négatif sur la relation entre les patients et leur médecin, qu'ils pourraient lui en vouloir.

Ce qui ressort des entretiens, c'est tout d'abord que face à ces situations les médecins installés vont rapidement tout mettre en œuvre pour corriger la situation. Parfois même en écourtant leurs vacances.

Par conséquent, les médecins affirment que ces expériences négatives n'influencent pas négativement les relations avec leurs patients. Certains même constatent un renforcement de cette relation, les patients étaient reconnaissants des efforts de leur médecin pour que ce type d'expérience ne se reproduise plus.

M03 : "Après, c'est vrai que le fait qu'il y en ait des mauvais et puis qu'on rattrape les choses ça renforce aussi"

"Ben du coup comme on a... enfin, on va dire redressé un peu les choses rapidement, du coup c'est vrai que il y a pas eu d'incidence particulière. Après ils nous en... enfin voilà, ils nous en ont reparlé. Après on a dit : « oui, oui c'était un mauvais choix » et puis... enfin, voilà après ça a été, on va dire anecdotique et pour eux... pour eux aussi, quoi"

M04 : "Donc là, là les gens sont venus me voir et m'ont, m'ont raconté ce qui s'était passé et m'ont dit « ça, franchement, c'était inadmissible ». Mais ça n'a pas trop influencé, ça n'a pas influé sur ma, sur, sur ma clientèle puisque moi je leur ai dit que j'allais mettre bon ordre, hein.

I : Oui, justement, ils ont pas fait de réprimande parce que vous avez...

M04 : Non, pas par rapport à moi. Ça c'est jamais arrivé. J'ai jamais eu de conséquence négative au niveau de ma clientèle par rapport à un remplaçant. Puisque je, je, je suis là pour arranger les choses après, hein, je rectifie le tir."

2.6.3. « Reproches » de patients

2.6.3.1. L'absence du médecin installé

Sans réel retentissement sur la relation avec leur médecin installé, certains patients qui tombent sur le remplaçant pendant quelques consultations d'affilée peuvent faire des remarques sur son absence.

M00 : "Et de temps en temps effectivement on a des gens qui nous disent ben oui, mais on... euh dans les... en particulier dans les systèmes de renouvellement sur 3 mois ou 4 mois eh

ben il y a des gens qui... ça tombe à chaque fois quand on est en remplacement et au bout de deux fois ils demandent ce qu'on fait, si on passe notre temps en vacances"

Les patients sont compréhensifs, ils reconnaissent que leur médecin a besoin de prendre parfois des congés pour se reposer.

M05 : "Euh non, ils m'en ont jamais, absolument pas voulu, ça c'est sûr, hein. Ils me disent toujours « oui, oui, oh ben oui, hein, faut vous reposer, na na ni, na na nin »."

2.6.3.2. Un remplaçant plus méticuleux

Le remplaçant, qui ne connaît pas le patient, s'astreint souvent à réaliser un examen clinique plus complet et reprend plus profondément le dossier médical. Le patient peut faire la remarque à son médecin que le remplaçant a été plus méticuleux que lui. Le médecin se justifie car il connaît très bien le patient et parfois réexamine de façon plus détaillée son patient pour le rassurer.

M10 : "Après je vous dis le... ce que j'ai répondu tout à l'heure, c'est-à-dire des gens qui me disent « Ah, ben il a pris plus le temps que vous pour m'examiner ». Alors, moi je leur dis « Mais moi je vous connais par cœur » (rires). Et puis hop, on passe à autre chose. Mais c'est bon, c'est dit, ça veut dire voilà, « il a écouté mon cœur, il a écouté mes poumons même si je venais juste pour renouveler mes machins. Il a palpé mon foie, ma rate » enfin ce que je faisais moi au début et puis que je fais plus maintenant, parce que je les ai vus 40 fois. Et bon, ben c'est bien, ils me remettent un peu les points sur les i, du coup je refais un peu un examen complémentaire, un examen clinique complet (rires)."

2.6.4. Fidélisation de patients par le remplaçant régulier

Un médecin nous a rapporté le phénomène de fidélisation de patients par un remplaçant régulier. Indépendamment de leur relation avec le médecin installé, il s'agit probablement

plus de patients qui ont trouvé dans ce remplaçant un médecin dont la pratique et/ou le contact leur convient mieux.

M00 : "Alors les remplaçants qui nous remplacent de façon chronique il y a, on ressent bien. Donc sur plusieurs années le remplaçant, il faut qu'il y ait vraiment une chose qui se mette en place. On a des gens dont on sait qu'ils vont venir voir le remplaçant. Surtout moi à l'époque, maintenant plus, mais avec Mr L on était remplacé par le même remplaçant. Donc le remplaçant il faisait pratiquement 13 ou 14 semaines au cabinet... et à ce moment-là on voyait des gens qui venaient spécifiquement voir le remplaçant, qui... il avait pratiquement ses patients. C'était rigolo, il n'y en avait pas beaucoup mais quelques uns."

2.6.5. Perte de patients

Le départ de patients d'une patientèle est une chose courante en Médecine Générale. En général, les patients ne le justifient pas. S'il y a eu une expérience négative récente avec un remplaçant, on ne peut pas savoir formellement si le patient est parti à cause de cela.

De toute manière, étant donnée la démographie médicale, les médecins ne se font pas de souci de la perte de quelques patients, qu'elle qu'en soit la raison.

M02 : "si, mais il y a toujours des gens qui partent. Il y a toujours des gens qui partent, qui changent de médecin et on sait pas le motif forcément, hein. Il y a des gens qu'on voit plus, bon, ben voilà. Alors est-ce qu'ils sont partis à cause que... Sans prendre le remplaçant [...] Bon ben, les gens qui partent, ils partent. Je veux dire, à l'heure actuelle, voilà... il y a... on a assez de travail pour qu'il y en ait qui partent."

Deux médecins ont quand même rapporté des expériences qui ont concouru à la perte de patients, directement à cause de remplaçants. Il s'agissait d'une expérience très négative et d'une autre expérience moins négative mais que le médecin a mis du temps à détecter donc à y mettre fin.

Dans les deux cas, la décision des patients n'est pas toujours irréversible et la plupart reviennent dans la patientèle du médecin.

M09 : "Hum, rarem... ben c'est c'est rarement ; c'est arrivé une fois. Ça a duré un certain temps avant que je m'en rende compte, et c'est vrai que... il y a quelques patients qui, qui étaient mécontents. Et je pense qu'il était temps que ça change, oui. Parce que si ça devient trop régulier, si c'est un remplaçant régulier et qu'ils sont régulièrement pas contents quand ils viennent, c'est vrai que là ça peut faire éventuellement changer de médecin carrément. [...] Et oui, ça a dû arriver deux fois, où ça a été dit, après il y a peut-être eu des fois où ça n'a pas été dit, hein. Mais voilà, et sur les deux fois où ça a été dit la personne est revenue après."

M10 : "Aucun de mes patients, non non, j'en ai jamais, non non, non. Bon, quand il y a eu le, le... le papy là, qui a fait n'importe quoi, euh... il y a des gens qui sont partis, pas de ma clientèle, ils sont revenus après, mais qui me regardent dans les yeux en me disant « vous partez quand la prochaine fois, c'est qui votre remplaçant, quoi. Je, je... je le veux plus »."

2.7. Les relations contractuelles

Nous avons demandé aux médecins généralistes installés ce qu'ils pensent des relations contractuelles entretenues avec leurs remplaçants, notamment au niveau contrats, niveau de rémunération et communication.

2.7.1. Contrats

La plupart des médecins installés sont satisfaits des contrats qu'ils signent avec leurs remplaçants. Ils soulignent la clarté de ceux-ci.

M03 : "Après au niveau contrat, ben après tout est bien clair."

M04 : "Oui, très bien. Très bien. Moi, je me plie à ce qu'ils souhaitent et, et c'est vraiment très bien. Ou c'est eux qui me proposent un contrat, ou c'est moi qui leur propose un contrat. Mais c'est, c'est comme, comme ils le souhaitent. Moi je me plie à leurs, à leurs demandes."

M07 : "Les contrats, on fait des contrats écrits qui sont clairs. Donc ça c'est bien."

M11 : "Moi je trouve qu'elles sont satisfaisantes, je, j'ai... j'ai pas de souci. Les choses sont claires au départ, voilà. Euh... j'ai, j'ai jamais rencontré aucun problème dans une relation contractuelle avec un remplaçant."

Un médecin se plaint toutefois du côté fastidieux de la réalisation des contrats.

M06 : "Ben c'est toujours, euh... Ben il faut le faire. Voilà, c'est tout, il faut le faire. C'est un peu fastidieux, c'est des tâches fastidieuses mais il faut les faire, c'est tout. Mais euh... voilà, c'est tout."

Un autre médecin avoue ne pas signer un contrat à chaque remplacement. Il en signe avec les étudiants remplaçants qui s'astreignent à les préparer, mais n'en signe pas forcément avec des remplaçants plus anciens en qui il a confiance.

M00 : "J'ai jamais eu de souci avec des remplaçants. Très très souvent on signe rien du tout, euh... Moi j'ai résigné avec toi et puis avec MB (NDR : un autre étudiant remplaçant) mais ça faisait des années que j'avais rien signé avec personne. Mais bon après ça dépend de la confiance qu'on fait dans le remplaçant et inversement quoi."

2.7.2. Niveau de rémunération des remplaçants

2.7.2.1. Des médecins globalement satisfaits des conditions

La plupart des médecins sont satisfaits du niveau de rémunération des remplaçants. Ils trouvent les conditions de rétrocession équitables.

M04 : "Eh ben non, parce que ce qu'ils me proposent reste tout à fait honnête. Donc moi ça me va très bien. Donc si vous voulez, j'ai pas l'impression, j'ai pas l'impression d'être justement en infériorité puisque eux restent tout à fait dans, dans, dans le correct."

M05 : "Etant donné que moi je les connais, donc non, du tout. Rémunération donc on part, on se dit 80% de la recette. C'est eux même qui me, qui me calculent tout, moi je leur fait confiance. Et je leur fait le chèque et puis voilà, hein. Donc là de ce côté-là il n'y a pas de souci."

Certains médecins sont très reconnaissants envers les remplaçants. Pour le service rendu au médecin qui peut prendre congé et aux patients qui bénéficient d'une continuité des soins. Ceci justifie pour eux une rétrocession à la convenance du remplaçant, parfois même jusqu'à 100% des honoraires.

M06 : "Ah non, pas du tout. Non. Non, non, pas du tout. Parce que des fois je leur donne même 100%. Non, non. Non, non, j'ai pas ce souci-là du tout. Au contraire, je suis généreuse donc non, j'ai pas de problème. Au contraire. Moi je dis toujours « le remplaçant n'est pas là pour garder le cabinet », voilà."

M10 : "Est-ce que le remplacement est équitable ? Euh ben, je crois que chacun y gagne. Nous, ben on peut prendre des congés, on peut prendre des vacances, on se libère. Ils nous font respirer, donc je les remercie à chaque fois. Et eux ils me remercient parce qu'ils arrivent à vivre grâce à nous. Donc c'est, c'est bien, quoi. C'est à double sens, donc c'est... chacun trouve son bonheur, c'est bien."

Une jeune médecin ayant remplacé longtemps explique que les conditions lui conviennent et qu'elle fait des efforts pour que la rétrocession se passe le mieux possible. D'autant plus que ses expériences passées comme remplaçante n'ont pas toujours été satisfaisantes à ce niveau.

M08 : "Ben ça j'ai pas trop de souci, euh... après voilà, je leur explique. Je fais des virements. Parce que moi j'ai été remplaçante longtemps et ça m'exaspérait quand j'étais toujours pas payée au bout de 2 mois. Donc j'ai tendance à payer vite, parce que... je trouve

que pour les remplaçants c'est compliqué, parce qu'on n'a pas d'autre revenu. Donc ça je mets un point d'orgue, enfin ouais, à vraiment régler, euh... assez rapidement, en tout cas dans la semaine qui suit, c'est sûr. Mais sinon, j'ai jamais eu de souci et je pense qu'ils apprécient, mais parce que je suis jeune quoi, donc... je sais que j'ai un peu galéré quand j'étais remplaçante, mais j'ai ra, jamais eu aucun souci."

2.7.2.2. Certains médecins nostalgiques des anciennes conditions

Des médecins ayant eux-mêmes remplacé il y a une vingtaine d'années se remémorent et regrettent cette époque où la rétrocession était beaucoup plus avantageuse pour le médecin installé. Ils sont toutefois compréhensifs, le rapport de force ayant changé en faveur du remplaçant et des rémunérations sur objectifs de santé publique réservées aux installés équilibrant les revenus.

M00 : "La rémunération elle est plus ce qu'elle était dans le temps, hein. Avant... moi quand j'ai remplacé j'avais 50% du... de la totalité. Maintenant vous avez plus 70 voir 80% pour le remplaçant Après c'est vrai qu'on a des... donc on a des... malgré nos charges de cabinet, etc. qui sont quand même lourdes. Après on a quand même une rémunération sur objectifs de santé publique, ça le remplaçant par définition n'y a pas. Donc, bon an mal an moi ça me paraît... je pense que... ça fait une moyenne qui est, qui est correcte quoi."

M01 : "Bon, ce qui était de la rémunération, ben c'est sûr que ça vraiment... hein, parce que là on en avait pas parlé. Hein, c'est 80-20 maintenant. Ça a vraiment beaucoup... Ben, vu le manque de remplaçants, les remplaçants sont effectivement en position de force pour demander des honoraires plus importants. En notre temps c'était 50-50, donc en 20 ans ça a augmenté."

2.7.2.3. Certains médecins qui ne rentrent pas dans leurs frais

Plusieurs médecins affirment ne pas rentrer dans leur frais et que chaque remplacement leur fait perdre de l'argent.

Pour un médecin cette perte est assumée, en raison de conditions financières très favorables offertes à une remplaçante qu'il a ainsi fidélisée.

Pour les autres médecins, après déduction des charges, le montant restant avec une rétrocession équitable ne leur permet de toute façon pas de rentrer dans leurs frais.

M02 : "Donc là, on a trouvé une remplaçante, où on lui a dit c'est pour l'année complète. Voilà. Donc... bon, ben elle a accepté quoi, ça fait 3 ans qu'elle accepte. Mais on a laissé une grosse somme, hein. Faut, faut, faut pas... je veux dire à chaque remplacement nous on perd de l'argent, mais bon tant, pis, hein. Je veux dire c'est pas... on préfère que ce soit une remplaçante régulière, même en perdant de l'argent et... voilà, qu'elle soit habituée au cabinet et puis qu'on n'ait pas à lui réexpliquer à chaque fois, quoi."

M07 : "Niveau de rémunération, ben on trouve que les remplaçants sont trop bien rémunérés vu les charges qu'on a, je pense qu'on est au-delà de ce que ça nous rapporte. C'est-à-dire que de rem, de se faire remplacer ça coûte de l'argent. Un petit peu dans la semaine, le week-end on imagine facilement que, on se fait remplacer pour une garde, euh... voilà, bon c'est comme ça, c'est dans les principes. Mais est-ce normal que on, on, on paye pour assurer un service de continuité de soins et que le médecin ait à payer. Ait à payer tout simplement ne serait-ce que, ben, l'avance des impayés, le fonctionnement du cabinet, le chauffage, les lumières, le, voilà. Ça ne coûte pas rien."

M09 : "Oui, ben c'est plus dur pour les installés, forcément (rires). C'est... voilà, c'est beaucoup plus dur. Quand on est remplacé, euh, ben... Et je suis pas sûre qu'on rentre toujours dans nos frais, quoi. Voilà. Ça c'est, c'est une évidence. Après, c'est un confort, voilà, ça se paye. Mais euh, voilà, après il faudrait pas que ça s... ça augmente encore, quoi. Je sais pas, je suis à 80% de rétrocession au remplaçant, voilà, c'est... stop. Après, si on me demande le, 90% je dirai non parce que là je préfère bosser ou fermer."

2.7.2.4. Quelques remplaçants plus gourmands

Des médecins installés constatent que certains remplaçants sont plus revendicateurs et ont des prétentions financières plus importantes. De manière directe, en demandant une rétrocession

majorée par rapport aux habitudes des médecins, ou de manière indirecte en se plaignant d'une activité insuffisante du cabinet.

Une discussion entre installé et remplaçant peut permettre de trouver un terrain d'entente, mais souvent ces remplaçants ne reviennent plus travailler dans le cabinet, pas assez rentable selon eux.

M03 : "Après, on a eu... enfin j'ai eu... on a eu certains remplaçants qui étaient on va dire un peu gourmands, entre guillemets. Puisque du coup c'est vrai que nous la rétrocession, enfin, on était parti sur la base de 70% puisqu'on a les secrétaires. C'est vrai qu'on a eu certains remplaçants qui ont demandé plus ou... ou qui ont ben... ou qui ont des fois refusé d'autres propositions parce qu'il y avait pas assez d'actes ou des choses du genre. "

M04 : "Bon, bien évidemment je, dans, dans les 3 remplaçants que j'ai eu les dernières années il y en a une qui était un petit peu plus, plus revendicatrice que, que les autres. Mais bon, c'était... elle, elle m'a justifié ses demandes si vous voulez, donc, euh, ça a été, hein."

M08 : "Si, une fois, euh, voilà. Parce que nous on rémunère 70%, donc on a une secrétaire sur place et ça lui a pas convenu et elle a dit que elle c'était 80% ou rien, donc qu'elle faisait son remplacement et qu'elle reviendrait plus. Mais sinon le remplacement en lui-même ne lui a pas déplu. C'est juste qu'elle considérait qu'elle était pas assez rémunérée. Et je peux pas faire une exception sur une remplaçante et payer les autres 70%. C'est tout le monde 70% ou, ou on augmente la rémunération, voilà."

2.7.3. Communication

2.7.3.1. Satisfaction des relations entretenues avec les remplaçants

La grande majorité des médecins généralistes installés interrogés est très satisfaite des relations avec leurs remplaçants et de la communication entretenue.

Avant et après les remplacements, les entrevues leurs conviennent. Des transmissions écrites et un bon remplissage des dossiers médicaux permettent également de se laisser des informations permettant la continuité des soins.

Au cours du remplacement, ils sont joignables et savent qu'ils peuvent aussi joindre les remplaçants en cas de question à leur retour.

M03 : "Euh, ben du coup au niveau communication, débriefing il y a aucun, aucun problème. Les informations passent bien, puis il y a pas d'hésitation à me solliciter en cas de besoin. Enfin, je sais que le remplaçant actuel, enfin voilà. Il m'appelle la veille pour savoir si j'ai des transmissions et puis après moi je lui laisse des transmissions écrites puis lui éventuellement il me... enfin tout... à chaque fois il me laisse des transmissions écrites sur ce qui a été fait. Donc il y a pas... il y a pas de problème sur tout ce qui est suivi patient et communication."

M04 : "Très bien. Très bien. Oui, oui, oui. Je les reçois toujours après, après le, le remplacement et où on met ; déjà, déjà, euh, mon dernier remplaçant me, me laisse des papiers avec les, les, les problèmes qu'il a rencontrés. Donc je sais déjà ce qui s'est passé. Et puis ensuite, de toute façon, je le revois en général dans les 10 jours qui suivent le remplacement. Et là aussi on va, on va parler de, des difficultés qu'il a rencontrées et des problèmes avec les patients."

M05 : "Le débriefing ? Ben oui, ben en général ils viennent dans la semaine, donc déjà pour me ramener les chèques, etc., etc. Et puis on parle de ce qu'ils ont eu peut-être comme souci ou comme, comme problème, comme interrogation et puis voilà, on voit ensemble. Et s'il y a quelque chose à suivre ils me le disent aussi. [...] en général je le vois déjà sur ce qu'ils m'écrivent, sur HelloDoc."

M07 : "Il n'y a aucun problème, briefing tout ça, ouais."

M08 : "Oui, oui, c'est sûr mais souvent, voilà, on se laisse des mots, quoi. Donc j'ai jamais trop de souci par rapport à ça, hein. Et puis je les appelle quoi, quand j'ai un problème. Enfin là-dessus moi je suis plutôt une pipelette, alors j'ai pas trop de mal à rappeler quand j'ai une question, quoi. [...] Ou j'envoie un ma... un message, je leur dis voilà il y a... ou un mail ou un sms, ça va vite, quoi."

M11 : "J'ai pas de problème, ils peuvent m'appeler, je peux les appeler, je... ben euh, j'ai toujours des observations qui sont notées. À la fin du remplacement, j'ai toujours un petit mot avec les cas qui ont posé problème, euh je... Non, vraiment, j'ai pas à me plaindre, quoi."

Pour un médecin, la relation contractuelle peut même évoluer avec un remplaçant qui reste fidèle au cabinet plusieurs années. En partageant les repas avec lui, en participant aux événements festifs de l'un et l'autre, on tend à une véritable relation d'amitié.

M10 : "On est assez convivial, on s'invite, on les invite à manger à midi. On a un studio pour les loger, mais en général ils préfèrent, enfin on leur propose de loger chez nous aussi. Soit je suis là, soit comme on est deux médecins, eh ben quand ils remplacent l'autre, ben ils viennent manger chez nous, ils viennent passer du temps. On... sur les gros remplaçants qui sont restés plus de trois ans, il y en a un c'est six ans, une c'est six ans, l'autre c'était trois ans. On a vraiment des relations amicales, quoi. On se connaît parfaitement bien, on s'invite aux événements festifs de l'un ou de l'autre, enfin voilà, quoi. On va plus loin."

2.7.3.2. Une communication jugée insuffisante

Si la communication est presque toujours jugée satisfaisante, certains médecins la jugent insuffisante.

Un médecin pense que c'est de son propre fait, ne voulant pas « harceler » ses remplaçants.

M00 : "Moi je les juge bien, je ne suis pas un grand grand... je je... alors peut-être que je pense que je ne communique pas assez. J'essaie la première chose, alors enfin c'est c'est particulier mais moi j'essaie de leur... de les laisser. C'est-à-dire que je dis que je suis joignable mais j'essaie de ne pas les appeler, ou une fois au milieu du remplacement pour savoir si tout va bien mais pas les, pas les harceler."

M01 : "Ben, communication il y en a pas beaucoup. Hein, parce que c'est vrai que finalement on voit le remplaçant pour donner la clé, entre guillemets. C'est surtout des communications papier avec des patients éventuellement à risque. Et après, au retour on voit rarement le remplaçant, non plus. Et c'est... voilà il y a de la communication essentiellement papier, quoi."

Il y a très peu de contact je trouve avec les remplaçants. Ou par texto, enfin mais je veux dire c'est pas... "

M06 : "Très courtes (rires). Elles sont d'une, toujours très courtes, euh... sinon je trouve que les remplaçants sont toujours très attentifs et j'ai pas besoin de leur répéter plusieurs fois. Ils sont quand même très réceptifs, mais elles sont toujours effectivement très courtes."

2.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant

Sachant les difficultés actuelles pour les médecins généralistes installés à trouver un remplaçant, nous leur avons demandé si, malgré tout, quelque chose chez un remplaçant pourrait les amener à ne plus le solliciter à l'avenir, voire même à rompre un contrat.

L'opportunité d'avoir trouvé un remplaçant disponible amène-t-elle les médecins à être moins regardants sur sa qualité ?

2.8.1. La mise en danger du patient par faute médicale ou négligence

Le motif le plus cité par les médecins et qui motiverait de ne plus solliciter un remplaçant ou rompre son contrat est la mise en danger du patient. Par un comportement professionnel médical dévoilant des incompétences ou par un comportement personnel inadapté voire psychiatrique. Plus que l'erreur ou le retard diagnostique que peut aussi faire un médecin expérimenté et consciencieux, c'est si le remplaçant fait preuve de laxisme ou de négligence que les médecins lui en voudront.

M00 : "Et donc en dehors de ça... il n'y a pas vraiment... si je pense que c'est surtout... si, si on sent bien sûr qu'il y a de la dilettante dans la manière de... de s'occuper des patients."

M01 : "Alors, une faute médicale. Vraiment, euh... alors une faute médicale, euh... parce que je veux dire on n'est pas à l'abri, hein aucun... aucun médecin n'est à l'abri d'une faute, mais une faute grave qui pour moi serait inexplicable, quoi. Hein, inexplicable... ou

complètement... ou une attitude complètement incohérente au niveau d'une pratique médicale. [...] Je pense que c'est plus voilà, la faute médicale, hein."

M02 : "Ben il faudrait une négligence. Pas une erreur médicale hein, parce que j'en fais, JP en fait, et puis chaque médecin en fait, hein. Ou un loupé médical, je veux dire bon. C'était une tumeur abdo et puis on l'a pas vue. Enfin, voilà, on n'a pas fait tout de suite... je veux dire, on... c'est pas parce que le gars il vomit la première fois qu'on va sauter sur, en disant ça y est c'est une tumeur du pancréas, quoi. Mais alors voilà. Donc, c'est pas le... la fau... le non-diagnostic, ça tout le monde en fait. Par contre, effectivement, un résultat pas vu ou une Hémo occulte positive, qui revient positive et la personne pas contactée ou des choses comme ça. Bon, là, oui, oui, ça oui, ça ça pourrait... enfin si c'est un, non évidemment, mais si c'est régulier, bon ça on pourrait lui dire au remplaçant, bon là ça va plus, il y a danger (rires)."
"ce serait la mise en danger, voilà, du patient qui nous ferait rompre un contrat, mais ça ne nous est jamais arrivé, hein, voilà."

M03 : "Ben si euh... oui ben si... si les soins ne sont pas appropriés, les prescriptions non plus. Enfin, s'il y a des erreurs de prise en charge. Bon, c'est surtout ça, après..."

M04 : "Et ça donc, ou qui, ou qui... qui représentaient un danger pour ma clientèle."

M05 : "Mais c'est vrai que si j'étais pas... s'il y avait eu un problème avec des patients, ou si, je sais pas moi, si... s'il avait fait un problème, il y avait eu un problème diagnostique ou quelque... je sais pas moi. Non, là j'aurais arrêté un contrat."

M06 : "Alors s'il avait des, comment, des, des, des... des lacunes professionnelles. Au plan professionnel, bien évidemment. Pas humain, non, ça me dérange pas, je... Voilà, chacun est comme il est. Après, en médecine il faut savoir un petit garder des petites distances, et puis les gens vous jugent. Vous savez les patients quand c'est pas leur médecin traitant vous jugent très facilement, hein, sur la moindre chose. Donc non, non. Si... il faudrait juste qu'il soit vraiment pas professionnel, voilà, c'est surtout ça."

M08 : "Ben s'il fait une grosse bêtise. [...] S'il passe à côté d'un gros truc, euh..."

M11 : "Rompre un contrat ? Ben euh... oui, si... si un jour j'avais quelqu'un de pas correct, ou qui au niveau des connaissances, voilà, je détectais des anomalies, que ça me fasse peur pour les patients, pour l'avenir de mon cabinet, mais... je veux dire c'est impossible, vous êtes drôlement bien formés maintenant, enfin. Euh... ou alors que je m'aperçoive que quelqu'un a des problèmes, euh... a des problèmes psys, je sais pas moi, que c'est incompatible avec l'exercice de la médecine. Mais enfin, je... je pense qu'on s'en serait aperçu d'ici... avant qu'il arrive chez moi, quoi. Dans les stages hospitaliers ou..."

2.8.2. Attitude vis-à-vis des patients et/ou de la secrétaire

Le deuxième motif cité par les médecins est l'attitude que pourrait avoir le remplaçant avec ses patients et/ou sa secrétaire. Un remplaçant qui aurait eu un comportement hautain ou irrespectueux lors des consultations avec les patients ou dans ses relations avec la secrétaire serait très mal perçu. Ce serait pour le médecin installé une raison de ne plus travailler avec lui à l'avenir.

M00 : "Enfin moi c'est l'attitude vis-à-vis des patients et l'attitude vis-à-vis de la secrétaire s'il bosse avec. Ça c'est fondamental. Je ne pourrai pas si le remplaçant ne se comporte pas bien avec la secrétaire... en particulier d'un point de vue dédaigneux ou pas... ça ça passera pas."

"Et puis si on s'aperçoit qu'il y a beaucoup trop de patients qui, avec qui ça passe pas on se reposera des questions quand même."

M01 : "ou un remplaçant qui serait vraiment désobligeant ou... avec des patients, mais de manière très... très forte, quoi, hein"

M03 : "Et puis après il peut y avoir, oui c'est vrai qu'après suivant la personnalité c'est vrai que si ça... si niveau communication ça passe pas du tout avec les patients, ben du coup on laisse tomber quoi, après..."

M04 : "des remplaçants qui ne respectent pas ma clientèle"

M06 : "Ou irrespectueux, voilà, c'est tout. Ce serait vraiment les seules choses..."

M08 : "Au niveau médical et puis au niveau comportement, quoi. Si il est, s'il a été dé, très désagréable ou... ou qu'il, voilà. Il a pas un comportement adapté vis-à-vis des patients, ça c'est sûr que ça me refroidira. Ou rien qu'avec la secrétaire, hein."

2.8.3. Non-respect des habitudes du médecin installé et du cabinet

La gestion correcte du cabinet au cours du remplacement est importante pour le médecin installé, dans la continuité de ce qu'il peut faire habituellement. Il tient à ce que le remplaçant respecte sa façon de travailler, remplisse les dossiers médicaux des patients, s'occupe de réaliser une comptabilité juste, consulte et gère les courriers et biologiques du jour.

M04 : "Eh ben c'est comme je vous dis là, ce qui m'est arrivé pendant 2 – 3 ans c'est... c'est d'avoir des, des, des... des remplaçants qui ne respectent pas ma clientèle et ma façon de travailler."

M08 : "Ou s'il note rien dans les dossiers, par exemple (rires). Ça ça me forcera pas à le reprendre, quoi."

"Ah ben si, s'il me fait des é... si... mais après l'intérêt c'est que moi j'ai une secrétaire, donc souvent elle reprend quand même en majorité la comptabilité derrière. Mais si vraiment il y a des trucs énormes, oui, c'est sûr que là je le reprendrai plus, quoi."

M09 : "Oui, j'ai une remplaçante que j'ai plus prise parce que je rentrais de vacances et qu'elle avait laissé systématiquement tout le courrier. Elle avait juste sorti le courrier des enveloppes et tout était entassé sur le bureau. [...] Enfin, c'était l'horreur quand même parce que les... rien n'était vu, quoi. Elle ouvrait tout et... on recevait pas dans l'informatique les bios et tout ça, donc... elle voyait rien. En fait, elle ouvrait tout et elle faisait une pile biologie, une pile courrier, une pile dossier MDPH, une pile t... voilà, et puis tout était sur le bureau comme ça. Donc c'était un peu gênant quand même."

M10 : "Eh ben, si ma confiance s'est, est cassée. On vide ma cave, on démolit des trucs dans la maison. Si le travail est pas fait comme il faut."

2.8.4. Le manque de fiabilité / d'éthique

Certaines valeurs humaines sont prépondérantes pour les médecins installés. Ce serait un motif de non reconduire des contrats si des remplaçants en manquaient.

Un médecin mentionne le manque de fiabilité d'un remplaçant qui prévient au dernier moment de son indisponibilité pour un remplacement prévu de longue date.

Un autre médecin rapporte le manque d'éthique d'un remplaçant qui a rompu un autre contrat pour signer avec lui, trouvant son cabinet plus lucratif.

M07 : "La parole non tenue, c'est arrivé encore là récemment. C'est-à-dire que nous on est extrêmement rigoureux, on donne des dates extrêmement précises, largement à l'avance, tout tout est très très précis. On essaye, ça simplifie tout et pour tout le monde et si le remplaçant dit 15 jours avant ou 1 mois avant « ben je ne peux pas venir » alors que c'était prévu depuis 6 mois, que nous on a des engagements parce que voilà, on a des vacances, on a réservé et donc, voilà. C'est rédhibitoire."

M10 : "Et ça m'est arrivé une fois où j'ai appris ; comme là c'était pour une proposition, à un moment j'étais tout seul et donc je, je cherchais un associé. Il était venu, en fait il avait rompu un contrat, parce qu'il trouvait que c'était plus lucratif ici que l'autre endroit. Et sans me le dire, il avait triché. [...] Et... ben il a vu que c'était plus juteux chez moi, donc il a quitté, mais sans m'en parler à moi, il est venu ici. Donc lui, je l'ai mis à la porte. [...] Ben de l'éthique, de l'éthique. Et de l'honnêteté, des per, des personnes. Je suis hyper strict, hyper droit là-dessus, et je veux pas que les autres fassent différemment, quoi."

2.8.5. Le manque de confraternité

Un médecin cite le manque de confraternité du remplaçant, qui critiquerait ses prises en charge auprès des patients, comme motif de rupture d'une collaboration avec lui.

M02 : "Une remplaçante qui... un remplaçant qui aussi joue le même jeu que nous quand nous on reprend. C'est-à-dire que, on critique pas ses traitements, faut pas qu'elle critique les nôtres non plus. Ils sont certainement pas parfaits mais aucun médecin n'est parfait. C'est

sûr que ça aussi ça pourrait être un motif de rupture, un remplaçant qui dit « ah, ce qu'il vous a donné ça va pas », bon évidemment. C'est pas confraternel déjà et puis, voilà. Non, non."

2.8.6. La difficulté à trouver un remplaçant / Le découragement

Ce n'était pas vraiment l'objet de la question, puisque indépendant du remplaçant, mais plusieurs médecins ont cité la difficulté à trouver des remplaçants et le découragement d'en trouver qui leur conviennent comme motif à ne plus en solliciter. Dans ce cas, les médecins sont obligés de fermer leur cabinet ou préfèrent le fermer plutôt que de le confier à un remplaçant en qui ils n'ont pas confiance.

M04 : "Et donc c'est suite à ce remplacement où j'avais dit que, eh ben plutôt que d'accepter des remplaçants que je ne connais absolument pas, eh bien je ne prendrai plus de remplaçant, je fermerai mon cabinet."

M05 : "Ah ben écoutez, en 2016 je n'en ai pas sollicité, hein. Parce que j'ai trouvé personne. Et je me disais « ben tant pis, moi il faut que j'arrête sinon je pète un plomb ». Et donc je suis partie. Je suis partie très peu souvent, enfin pas très souvent, mais je ne partais qu'une semaine. Mais il fallait quand même que je souffle un petit peu. Et j'ai fermé, hein."

M06 : "Alors qu'est-ce qui pourrait m'amener à ne pas chercher de remplaçant ? Ben, la difficulté d'en trouver un, tout simplement."

2.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement

Pour conclure, nous avons demandé aux médecins généralistes installés s'ils avaient des idées, des suggestions pour améliorer encore l'expérience du remplacement, que ce soit pour eux, le remplaçant et leurs patients.

2.9.1. Un remplaçant fidèle / régulier / disponible

Loin devant toutes les autres suggestions, c'est le fait d'avoir un remplaçant régulier qui est cité en premier par les médecins installés pour améliorer l'expérience du remplacement.

En répétant les remplacements au sein du même cabinet, le remplaçant est plus à l'aise avec le fonctionnement de celui-ci, prend ses marques dans le réseau du médecin qu'il remplace et apprend à connaître de plus en plus les patients.

Pour les patients, il est aussi important de revoir régulièrement le même remplaçant. Une confiance s'installe et ils sont plus à l'aise pour confier leurs doléances.

M01 : "Ben, le mieux c'est les remplaçants qui restent... enfin, qui ne changent pas tous les 5 minutes, quoi. Mais ça c'est plus... c'est plus... c'est utopique, maintenant. Parce que ça bouge beaucoup, donc... donc je pense que c'était, ce serait surtout ça. Un remplacement par exemple hebdomadaire ou, et puis, avoir un contrat à l'année et puis vraiment que le même remplaçant revient tout le temps. Là, je pense qu'il y a une confiance aussi qui s'installe entre le patient et le remplaçant."

M02 : "Ben ça, oui, un ou une remplaçante régulière, c'est important. Bon, il faut qu'on s'entende bien, évidemment. [...] Mais pour améliorer c'est avoir quelqu'un de... que les patients revoient régulièrement, ça c'est important, quoi."

M03 : "Ben après c'est vrai que je pense que des remplaçants réguliers, qui connaissent bien le cabinet, qui connaissent bien le territoire, c'est toujours intéressant."

M04 : "Eh bien, eh bien j'essaie de fidéliser mon remplaçant pour justement l'habituer pour que, que les choses soient, pour qu'il soit vraiment habitué à ma patientèle."

M07 : "Euh ouais le, le, le fait, pour que ça se passe le, le mieux... Plus le remplaçant vient remplacer, mieux ça se passe."

"et l'augmentation du nombre de semaines de vacances c'est une chose qu'on tend à faire. Donc l'augmentation, ben qu'il, qu'il vienne le plus possible."

"Presque de, presque de tendre vers un... comment s'appelle ce système... collaboration, système de collaboration."

Un médecin aimerait un remplaçant qui serait disponible pour lui tout le temps, même en cas de besoin de dernière minute. Au-delà de cette suggestion utopique, on peut douter qu'elle améliore aussi l'expérience du remplacement pour le remplaçant et le patient.

M05 : "Eh ben écoutez moi j'aimerais bien (rires) un remplaçant dispo, quand j'en ai besoin (rires), mais bon. Et en fait ce qui me... déjà j'aimerais bien un remplaçant, parce que c'est franchement rare. Et ensuite, il y a des moments où je suis vraiment vraiment crevée et aurais besoin de 2 – 3 jours pour, voilà, pour lever le pied. Mais c'est pas possible. Le remplaçant lui-même étant tellement pris, il faut 6 mois avant de... Les autres années en fait, au début de l'année je savais déjà que je pose mes semaines."

"Et quelqu'un qui pourrait. Voilà. Moi c'est quelqu'un qui pourrait me remplacer au pied levé, quand vraiment je suis, voilà, indisponible."

2.9.2. Un remplaçant et un médecin installé consciencieux dans la continuité des soins

Pour certains médecins, la réussite du remplacement est dépendante de l'investissement personnel qu'y mettent les médecins installés et les remplaçants.

Pour les médecins installés, en respectant l'autonomie du remplaçant, en lui offrant de bonnes conditions de travail et en tenant à jour les dossiers des patients pour assurer une bonne continuité des soins.

Pour les remplaçants, en s'investissant pleinement dans la prise en charge du patient et en ne délaissant pas les tâches parfois ingrates mais indispensables à la bonne gestion du cabinet.

M09 : "je pense que si tout le monde est impliqué ; moi je pense que si on laisse le remplaçant, son autonomie, qu'on, qu'on g... qu'on essaie nous de bien remplir nos dossiers, etc. ça facilite la tâche du remplaçant. Et puis après de son côté le remplaçant, ben je pense que s'il a une conscience professionnelle et qu'il se dit que quand on remplace on est médecin, on n'est pas juste là de passage pour gérer un problème médical et puis le reste je m'en lave les mains, ben ça se passe bien quoi, voilà."

M10 : "Ça se passe bien comme c'est. Oui, encore mieux que ça ? Pfouu ! Ben je sais pas (rires). Je fais le maximum tout le temps pour mes patients, comme pour tout, donc, ben pour les remplaçants je fais le maximum. Je ne vois pas ce que je peux faire de plus moi et je ne vois pas ce que le remplaçant peut faire de mieux, s'il est au top il n'y a aucun problème, quoi."

2.9.3. Un ancien étudiant pour un maître de stage

Pour les maîtres de stage universitaires et leurs associés, avoir l'opportunité de se faire remplacer par des anciens étudiants du cabinet améliore l'expérience du remplacement.

Ayant travaillé dans le cabinet au moins 6 mois au cours de leurs études, ils sont ainsi familiarisés à celui-ci. De cette manière, ils ont déjà pris leurs marques avec les habitudes du cabinet, connaissent le personnel du cabinet et une partie de la patientèle.

Pour les patients, la confiance est également augmentée avec un remplaçant que leur médecin a choisi en connaissant ses compétences et qu'ils ont parfois déjà vu à ses côtés lors d'un stage.

Pour le médecin installé, avoir des étudiants augmente le nombre de ses remplaçants potentiels. Il a déjà pu juger de leurs compétences donc de la confiance qu'il peut placer en eux.

M03 : "Ben après, après c'est vrai que... du coup, il y a ma collègue qui est maître de stage, donc c'est vrai que des fois ça ouvre des portes parce que du coup ici ils sont déjà venus en stage ça permet de quand même qu'ils soient familiarisés."

M11 : "Oh moi j'ai, j'ai pas de problème avec les remplaçants. Le plus souvent ils sont passés comme stagiaires chez moi. J'ai des SASPAS, et en général c'est eux qui répondent à l'appel, donc... Ben pour moi c'est facile. Pour eux aussi, ils connaissent la patientèle, ils connaissent l'organisation du cabinet, ils connaissent le logiciel, ils connaissent l'environnement. Donc voilà, je pense que c'est le meilleur moyen de trouver des remplaçants et que ce soit bénéfique pour tout le monde. Les patients, euh... si vous voulez, ont... voilà, sont moins craintifs puisqu'ils les connaissent."

2.9.4. Une période d'immersion dans le cabinet

L'idée d'aménager avec le remplaçant une courte période d'immersion dans le cabinet a été soulevée par des médecins installés.

Par ce moyen, le remplaçant peut se familiariser aux habitudes du cabinet dans lequel il va exercer et du médecin qu'il va remplacer. En observant la relation qu'il entretient avec ses patients, ceci va permettre au remplaçant de juger à quel type de contact et quel niveau de complaisance les patients sont habitués. Le remplaçant débutera son remplacement plus en confiance et pourra par mimétisme adopter une attitude plus proche du médecin qu'il a pu observer et qu'il remplace désormais. Ce qui plaira certainement aux patients qui se sont déjà exprimés sur leur satisfaction d'avoir un remplaçant à la pratique et au contact proches de leur médecin habituel.

Le médecin installé sera également plus en confiance d'avoir pu observer son futur remplaçant dans quelques situations pratiques de consultations médicales.

M03 : "ben peut-être qu'il y ait une période... enfin, qu'il y ait quelques jours d'essai avant une plus longue période de remplacement. Oui, par exemple que, oui, que le remplaçant, le nouveau remplaçant vienne une journée, voit comment ça se passe et moi aussi. Et puis que si ça se passe bien, ben, qu'on puisse réitérer d'autres remplacements pour des périodes plus longues, quoi. Vraiment que moi je sois en confiance et puis que le remplaçant du coup aussi."

M06 : "Alors, ce qui serait bien je crois que, surtout pour les remplacements à long terme en fait, ce serait que les remplaçants viennent une journée avec... fin de journée ou une après-midi, pour voir un petit peu comment on travaille, voilà. Je pense que... parce qu'on dit toujours que le, la patientèle ressemble à son médecin, voilà. Donc..."

"Moi je ne suis pas dans le jugement du remplacement, du remplaçant, pas du tout. Au contraire. Moi je pense qu'un remplaçant il doit être synergique avec le médecin qu'il remplace. Et je pense que de passer, par exemple, juste une heure pour voir 4 – 5 patients ou 2 heures avec lui, pour voir la façon dont il travaille, peut permettre d'améliorer tout."

"Et ça mettrait, en plus, plus à l'aise je pense le remplaçant pour son premier jour."

2.9.5. Un débriefing

Certains médecins installés souhaiteraient réaliser à l'issue des remplacements un vrai débriefing avec le remplaçant.

En discutant plus à cette occasion des problèmes médicaux ou dans la gestion du cabinet auxquels le remplaçant a pu être confronté. Par cet échange entre deux médecins qui sont souvent issus de deux générations différentes, on peut penser qu'on aboutirait à un enrichissement mutuel. Et ainsi améliorer les expériences de remplacement futures des deux médecins.

M00 : "J'ai pas eu de, en fait on discute pas beaucoup avec nos remplaçants, c'est surtout ça. C'est que souvent ça va vite maintenant, ils quittent et puis le lundi ils seront quelque part ailleurs donc on a, on a pas vraiment de débriefing l'un en face de l'autre en disant comment ça s'est passé, comment tu te sens, etc. Euh... ça fait euh... c'est pareil ça fait... il fut un temps, oui. Il y avait une séance où il venait, on discutait un peu, il amenait la caisse, etc. Maintenant en général la semaine suivante il est ailleurs et il a pas trop le temps de faire ce débriefing. Mais euh... en général euh... ouais donc de temps en temps j'ai des petites réflexions, rarement médicales, quelquefois sur la comptabilité ou des choses comme ça."

M08 : "Ben, parce que souvent, euh... enfin moi j'aimerais bien rediscuter quand il y a eu des soucis. Donc, des fois ils me ren, ils m'en, ils me donnent leur point de vue, moi aussi. Ce qu'ils auraient fait, enfin ce qu'ils ont fait. On rediscute de ce qu'ils ont fait, ce que, ce que moi j'aurais peut-être fait, euh... donc je trouve que là, enfin c'est complémentaire, quoi."

2.9.6. Un remplaçant « local » qui connait le territoire de santé

Pour un médecin, il est important que le remplaçant soit originaire ou ait fait ses études dans le territoire de santé où il remplace. L'expérience du remplacement lui est forcément facilitée car il connaît le réseau de santé, les hôpitaux locaux et les spécialistes où adresser les patients.

M03 : "Ben après c'est vrai que je pense que des remplaçants réguliers, qui connaissent bien le cabinet, qui connaissent bien le territoire, c'est toujours intéressant."

"Oui, ben plus pour adresser en fonction des hôpitaux et puis des spécialistes. Parce que c'est vrai qu'après si on arrive... enfin, ça peut se faire, hein, mais c'est vrai que si on arrive sur

un territoire où on ne connaît pas du tout des hôpitaux et les spécialistes pour l'adressage ça me paraît un peu compliqué après. "

2.9.7. Le remplacement dans une maison médicale

Un médecin suggère d'améliorer l'expérience du remplacement en remplaçant dans une maison médicale. Notamment pour le côté sécurisant d'avoir d'autres confrères dans le même cabinet.

Certes il se développe, mais cette suggestion reste limitée à ce mode d'exercice.

M11 : "Je pense que l'idéal c'est d'avoir un remplaçant dans une maison médicale. [...] Où il y a des confrères qui sont là, c'est sécurisant, etc. Pour le remplaçant, pour le médecin qui est pas là, pour les patients parce qu'ils savent qu'ils peut aller demander un autre avis, etc. Je pense que c'est l'idéal. [...] Mais je pense que ça, ça doit être, euh... encore plus enrichissant pour un remplaçant."

2.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement

Ce n'était pas le sujet de cette thèse, et lors de l'entretien aucune question n'a été posée concernant les difficultés des médecins généralistes installés face au remplacement. Mais spontanément, ou en leur demandant s'ils avaient autre chose à rajouter, les médecins ont exprimé leurs difficultés et leurs craintes à ce sujet.

2.10.1. Difficultés actuelles

Tout d'abord, les médecins se plaignent de l'extrême difficulté qu'eux et leurs collègues peuvent avoir à trouver des remplaçants. Pouvoir partir en vacances devient compliqué et choisir ses dates de congés encore plus. Face à un problème de santé ou un autre imprévu de dernière minute, il est quasiment impossible de trouver un remplaçant au pied levé et les médecins sont obligés de fermer leur cabinet.

Pour tenter d'améliorer un peu la situation, un médecin suggère de pouvoir donner le droit de remplacer aux étudiants plus tôt dans leur cursus, comme il était possible de le faire à l'époque de ses études.

M02 : "je connais pas mal de collègues qui partent en vacances quand ils trouvent un remplaçant, en fait. C'est plus eux qui choisissent leurs dates de vacances, quoi. Ils font en fonction du remplaçant, donc c'est... il y a quand même une pénurie importante de médecins, mais aussi de remplaçants, hein. C'est une catastrophe, quoi."

M04 : "je peux pas fermer si je veux me faire, si je veux me faire opérer au mois de février par exemple, en plein hiver, je peux pas fermer. C'est, c'est, c'est pas possible. Donc ça, c'est vraiment problématique. Et je pense que ça c'est pareil pour tous mes collègues. Quand on a un problème de santé, on est extrêmement démuni, parce que trouver un remplaçant, c'est vraiment une catastrophe."

"Non, c'est vraiment, ça c'est plus difficile, il faut, il faut, même au niveau date, hein, c'est vraiment, c'est, ça... je sais pas comment on fait, j'ai un peu perdu l'habitude mais je, je, je trouve que c'est le problème les remplaçants c'est vraiment extrêmement, extrêmement difficile. Voilà."

M05 : "Euh... ben écoutez, moi je trouve que les remplaçants sont une denrée extrêmement rare. Et je trouve qu'au niveau de la faculté, enfin au niveau de, de, de toute l'administration ils verrouillent trop le système. Moi je pense que, donc. De mon temps, quand j'étais, hein. Je vous parle du temps des dinosaures, quand j'étais jeune. En fait, nous à partir de la 6ème année on pouvait remplacer. Et bon, euh, c'était peut-être moins bien, je sais pas, mais enfin ça permettrait d'avoir plus de remplaçants et voilà, on pourrait, chez nous nous servir beaucoup. Parce que dans notre région on est vraiment sinistrés en toubibs et en plus sinistrés en remplaçants, quoi."

Un médecin évoque ses difficultés dans la recherche d'un remplaçant et son dénuement devant la pluralité des sources pour les trouver, notamment des sites internet. Il suggère la création d'un site internet unique ou une note de la part de l'Ordre des Médecins qui orienterait les médecins installés vers les sites les plus efficaces pour trouver un remplaçant.

M06 : "Euh... on a besoin des remplaçants (rires). Et, et j'ai l'impression qu'il y en a de moins en moins. Alors je ne sais pas, est-ce que c'est une impression, ou est-ce que c'est le cas ? Je ne sais pas. Par rapport à nos, à notre démographie, je ne sais pas."

" Il y a une telle pluralité dans les, les sites, vous savez, de, de remplacements, que c'est dommage qu'il n'y ait pas un outil, entre guillemets un peu unique régi, je ne sais pas, par une association des, des... des jeunes, des internes de France ou je ne sais quoi. Parce que voilà c'est ça en fait, pour le médecin qui va trouver le bon outil, ben il va trouver rapidement. [...] Donc, ça serait bien qu'on ait un petit guide, tout simplement, nous disant : voilà les sites où vous pouvez trouver des médecins remplaçants. Pourquoi pas ? Je sais pas, un petit message qui nous soit envoyé via l'Ordre en nous disant : voilà les sites qui sont effectivement efficaces, pas un site qui a été créé il y a 20 ans, et voilà."

"Parce que qu'est-ce qu'on fait nous ? On tape médecin remplaçant sur Google et puis on essaye de se dépatouiller avec 40 sites (rires)."

Un médecin maître de stage, pour qui trouver un remplaçant est moins difficile que pour les autres médecins, s'inquiète quant à lui de ne voir aucun de ses remplaçants finir par s'installer dans son secteur de santé démunis.

M11 : "Euh... Non, je... j'aimerais bien qu'à l'issue des... des remplacements, des années de remplacements, etc., un jour il y en ait un qui se décide à s'installer dans le secteur. Voilà. Parce que, vraiment, c'est... ça devient problématique dans le secteur, hein."

2.10.2. Peur de l'avenir

Un médecin se rapprochant de la retraite nous a fait part de ses projets, notamment de ne pas poursuivre son activité professionnelle le plus longtemps possible. Il a conscience de ne plus être de l'ancienne génération qui s'était donnée corps et âme à son métier. Il réalise aussi que les nouvelles générations de jeunes médecins tiennent encore plus à conserver une qualité de vie correcte. Ainsi, il anticipe la situation de la santé publique française qui risque de se dégrader encore dans les années à venir.

M02 : "Mais le... oui, l'idée est bonne de voir un petit peu... mais là vous allez rejoindre un peu les problèmes de la médecine générale, hein. C'est-à-dire le manque cruel de... de... de personnel de santé et... également, euh... enfin voilà, bon moi j'ai 57, là j'ai passé mes vacances à contacter la CARMF, machin. Parce que moi je ferai pas comme font mes prédécesseurs qui ont 10 ans de moins, qui font au-delà de 67 et qui partent vers les 70 -75 pour bosser, moi ce sera niet, hein. Ça ce sera niet. Je devrais faire 67 mais je vais essayer de faire 62, enfin je suis en train de faire mes calculs, voilà. Parce que bon ben, voilà, je pense qu'aussi on est dans des... nous on est déjà dans une génération où on veut pas faire un sacerdoce. On va pas faire, on va pas se... devenir des moines de la médecine et s'enfermer et comme nos... comme ceux qui étaient avant nous. Et ceux qui arrivent après nous, ben ils veulent encore moins je pense, hein... ils veulent encore plus de qualité de vie, quoi. Et donc ça, ça va bien sûr... ça peut faire un gros problème puisque nos autorités n'ont pas prévu comme ça, quoi."

Un jeune médecin, qui a toujours eu un remplaçant attitré depuis son installation a déjà réalisé quelles difficultés l'attendent le jour où cette situation de confort s'arrêtera.

M08 : "Je me dis que plus... ça me fait juste peur, parce que si j'avais pas mon remplaçant attitré je pense que je galérerais beaucoup pour les remplaçants, voilà. Et j'espère surtout que dans, voilà, les régions, enfin nous on a de plus en plus de mal. Quand je vois mes confrères pour trouver des remplaçants ils galèrent. Moi j'ai de la chance pour le moment, mais ce sera pas éternel, donc c'est sûr que ça c'est stressant."

3. Analyse comparative des entretiens

Nous avons ensuite effectué une analyse comparative des résultats des entretiens avec les données quantitatives et personnelles des médecins généralistes interrogés, en mettant en évidence les éléments nous semblant pertinents.

3.1. Points de satisfaction envers les remplaçants

- Les trois médecins qui citent la comptabilité/paperasse comme critère de satisfaction sont tous les trois d'âge moyen (entre 40 et 60 ans), exercent en milieu urbain et considèrent difficile de trouver un remplaçant.
- Les quatre médecins qui citent les prescriptions comme critère de satisfaction exercent également en milieu urbain.

3.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants

- Deux médecins ont eu des expériences avec des remplaçants dont la pratique n'était adaptée ni à leur propre pratique, ni à la pratique de la Médecine Générale française en général. Dans un cas un remplaçant étranger et dans l'autre cas un médecin hospitalier. Les deux médecins remplacés exercent en milieu rural et considèrent difficile de trouver un remplaçant.
- Parmi les médecins ayant cité comme critère d'insatisfaction une mauvaise gestion du cabinet, six médecins exercent en milieu urbain et un médecin en milieu semi-rural.
- Les cinq médecins ayant évoqué les intérêts lucratifs de certains remplaçants et le rapport de force en faveur du remplaçant sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

3.3. Retours de patients

- Les quatre médecins qui rapportent avoir eu des retours négatifs de patients concernant le contact avec le remplaçant exercent tous en milieu urbain.

- Les deux médecins dont les patients apprécient avoir un remplaçant à la pratique et au relationnel proche de leur médecin habituel et les trois médecins dont les patients n'apprécient pas les remplaçants qui ne respectent pas horaires et durée de consultation sont toutes des femmes.

- Les trois médecins qui défendent leur remplaçant et justifient ses prescriptions face à des critiques injustifiées de leurs patients sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) et considèrent facile de trouver un remplaçant.

- Les six médecins dont les patients disent apprécier le relationnel des remplaçants sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

3.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants

- Les quatre médecins qui affirment que leurs patients sont totalement observants aux prescriptions de leurs remplaçants sont toutes des femmes exerçant en milieu urbain.

- Les sept médecins qui se « plaignent » de consultations non nécessaires de patients à leur retour de congés sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

3.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés

- L'âge des médecins remplacés n'est pas un critère relié à plus d'influence de la part des remplaçants dans cette étude. Même parmi les plus jeunes médecins, certains s'estiment influencés par leurs remplaçants dans leur pratique.

- Si les médecins généralistes installés de notre étude avouent être principalement influencés sur leurs prescriptions (sept médecins sur douze), aucun des médecins étant maître de stage

universitaire n'en fait partie. Parmi les trois que nous avons interrogés dans notre étude, deux s'estiment influencés sur la tenue des dossiers et l'informatique, l'autre sur le regard neuf du remplaçant sur ses patients. Aucun d'eux ne cite la découverte de nouveaux correspondants.

3.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients

- Les cinq médecins pour qui le fait de se faire remplacer renforce toujours leurs relations avec leurs patients sont toutes des femmes.
- Les deux médecins dont les patients sont reconnaissants de leur assurer une continuité des soins en se faisant remplacer exercent seuls.
- Les deux médecins dont les patients sont reconnaissants d'avoir eu affaire à de bons remplaçants sont tous les deux très jeunes (32 et 34 ans).
- Parmi les quatre médecins installés qui citent des raisons positives au renforcement de leurs relations avec leurs patients (continuité des soins, bon remplaçant, pratique différente de la leur), deux médecins considèrent qu'il leur est facile de trouver un remplaçant, tandis que les deux médecins installés qui citent une raison négative (gestion de mauvaises expériences) considèrent difficile de trouver un remplaçant.

3.7. Les relations contractuelles

3.7.1 Contrats

Pas de lien pertinent retrouvé entre les propos des entretiens et les données quantitatives et personnelles des médecins.

3.7.2. Niveau de rémunération

- Les deux médecins qui s'avouent nostalgiques des anciennes conditions de rétrocession sont d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) et exercent en milieu urbain et en association.
- Les trois médecins qui rapportent avoir affaire à des remplaçants plus gourmands au niveau des conditions de rétrocession sont toutes des femmes.

3.7.3. Communication

- Les trois médecins qui jugent la communication avec les remplaçants insuffisante sont d'âge moyen (entre 40 et 60 ans), exercent en milieu urbain et sont ceux qui ont le plus sollicité de remplaçants au cours des 3 dernières années (5 ou 6 au total, hors gardes).

3.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant

- Les trois médecins qui citent comme raison de ne plus solliciter un remplaçant le manque de certaines qualités humaines (fiabilité, éthique et confraternité) sont tous des hommes d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

3.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement

- Les deux médecins installés qui suggèrent la réalisation d'une période d'immersion avant les remplacements pour en améliorer l'expérience font partie de ceux qui ont sollicité le plus de remplaçants au cours des trois dernières années (5 remplaçants chacun).

3.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement

- Parmi les six médecins installés qui ont exprimé leurs difficultés actuelles ou la crainte d'y faire face dans l'avenir, un seul n'exerce pas en milieu urbain mais en semi-rural. De plus, ce médecin n'exprime pas de difficultés à trouver un remplaçant, mais une désolation de ne voir personne s'installer dans son secteur.

- Les médecins ont tous été interrogés sur la difficulté ou non pour eux de trouver un remplaçant en prélude de l'étude afin d'en faire un critère personnel à comparer aux données des entretiens. La mise en lien avec le lieu d'exercice de cette difficulté ou non exprimée avant l'entretien ne semblait pourtant pas montrer de causalité.

- Parmi les médecins qui ont affirmé initialement que trouver un remplaçant leur était facile, certains se sont pourtant exprimés au sujet de difficultés actuelles. L'un d'eux parlant de la difficulté que peuvent rencontrer ses collègues, car lui a une remplaçante régulière et n'ayant plus à en rechercher. Un autre ayant initialement reconnu que la recherche de remplaçant est « ponctuellement facile » s'exprimait à propos du dénuement devant la pluralité des sources pour en trouver, notamment les sites internet. Le dernier est le médecin qui se désolait de ne pas voir quelqu'un s'installer dans son secteur. Étant maître de stage, il n'éprouve pas de difficulté à trouver de remplaçant.

- Les deux médecins qui exprimaient une peur pour l'avenir, pour eux-mêmes ou le système de santé, affirmaient tous deux en prélude de l'entretien que recruter un remplaçant ne leur était pas difficile.

DISCUSSION

1. Forces, limites et biais de l'étude

1.1. Forces de l'étude

- Le type d'étude :

L'étude qualitative permet de faire s'exprimer les opinions, motivations et suggestions des médecins interrogés. Ce type d'étude permet surtout de faire émerger des idées nouvelles auxquelles nous n'avons pas forcément pensé initialement.

- Le type d'entretiens :

Les entretiens individuels semi-dirigés permettent aux médecins interrogés de s'exprimer librement sans être inhibés ou influencés par un autre intervenant. Le temps de réflexion court laissé après les questions permet de faire ressortir spontanément les idées les plus pertinentes, qui viennent en premier à l'esprit des médecins interrogés. L'anonymisation des propos ajoute une liberté dans l'expression de ceux-ci.

- Le guide d'entretien :

Avec ses questions ouvertes, il permet de faire s'exprimer facilement toutes les idées sur un sujet, tout en conservant un cadre évitant leur dispersion.

1.2. Limites et biais de l'étude

1.2.1. Limites de l'étude

1.2.1.1. Représentativité de l'échantillon

Nous avons comparé les données quantitatives des médecins de notre étude avec celles des médecins généralistes français disponibles dans l'Atlas de la démographie médicale française 2016 mis à jour annuellement par l'Ordre national des médecins.(1)

- L'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière en France est de 52 ans. Dans notre étude, l'âge moyen des médecins est de 50 ans.

- En France, les médecins généralistes sont représentés à 54% par des hommes et 46% par des femmes. Dans notre étude, 33% d'hommes et 67% de femmes ont accepté de participer aux entretiens.

- L'âge moyen des médecins généralistes hommes en France est de 54 ans. Dans notre étude également, les médecins hommes ayant participé ont 54 ans en moyenne.

- L'âge moyen des médecins généralistes femmes en France est de 49 ans. Dans notre étude, l'âge moyen des médecins femmes est de 48 ans.

- En France, 27,3% des médecins sont âgés de 60 ans et plus, tandis que les moins de 40 ans représentent 16% des effectifs. Dans notre étude, 1 médecin soit 8,3% de l'effectif a plus de 60 ans et 2 médecins soit 16,7% de l'effectif sont âgés de moins de 40 ans.

Premièrement, nous constatons que l'effectif de l'étude est beaucoup plus féminin que ne l'est la population des médecins généralistes français. Pourtant, lors de l'étude 26 hommes et 16 femmes ont été contactés pour y participer.

Nous constatons également que notre échantillon est plus jeune que la population générale française des médecins généralistes. Certainement car l'effectif de médecins généralistes français femmes est plus jeune de 5 ans en moyenne par rapport à l'effectif des hommes. Il est plus jeune de 6 ans dans notre étude.

Nous pouvons expliquer cette variation dans notre effectif par une motivation plus importante des jeunes médecins (donc *a fortiori* des femmes) à participer à ce type d'étude. Plus proches de leurs études, donc de la réalisation de leurs propres thèses, nous avons pu ressentir une

certaine solidarité à contribuer à ce travail. Dans les échanges partagés avec les médecins hommes plus âgés, travaillant souvent seuls avec une charge de travail importante, nous avons ressenti plus souvent un manque de temps et de motivation à trouver un créneau pour réaliser un entretien.

Même si notre étude n'est pas quantitative avec objectif de conclure de la significativité ou non de données obtenues, nous pouvons nous dire que la non-représentativité de l'échantillon a pu limiter notre étude. En effet, avec un effectif un peu plus âgé, avec plus de médecins généralistes hommes exerçant seuls, d'autres idées auraient peut-être pu s'exprimer.

1.2.1.2. Inexpérience de l'interviewer

L'étude par entretiens individuels a pu être limitée par mon inexpérience d'interviewer. Surtout lors des premiers entretiens avec une difficulté à sortir du guide d'entretien et à relancer les médecins pour faire émerger des idées supplémentaires. Lors des derniers entretiens, plus à l'aise avec l'exercice, les questions de relance étaient plus nombreuses et pertinentes. Les derniers entretiens ont été de ce fait plus productifs et ont fait émerger plus d'idées.

1.2.2. Biais de l'étude

- Biais de sélection de l'échantillon :

Les médecins ont été sélectionnés pour la plupart de façon aléatoire via le site internet des Pages Jaunes. Cependant, cette sélection a été limitée à certaines villes et secteurs semblant pertinents et n'ayant pas fait l'objet d'un tirage au sort. La participation finale à l'étude était basée sur le volontariat, donc les médecins de l'étude étaient motivés par le sujet du remplacement ou l'envie d'aider à l'élaboration de cette thèse.

- Biais de complaisance :

Trois médecins ont été contactés parmi ceux remplacés par l'enquêteur. Ils ont tous participé à l'étude. En raison des difficultés pour les médecins à trouver un remplaçant, on peut se

demander si leurs réponses ne peuvent pas être parfois complaisantes pour ne pas froisser et risquer de perdre un remplaçant.

- Biais d'analyse et d'interprétation :

Pour éviter ces biais, il faudrait que chaque étape de l'étude, des entretiens à l'interprétation des résultats, soit réalisée par des personnes différentes. Hors c'est l'étudiant qui a réalisé toutes ces étapes, sans triangulation, ce qui peut concourir à ce type de biais.

2. Discussion des résultats et confrontation aux données de la littérature

2.1. Points de satisfaction envers les remplaçants

Dans notre étude, tous les médecins généralistes installés interrogés ont manifesté leur satisfaction globale envers les remplaçants qu'ils ont pu solliciter. À des degrés divers, en fonction d'expériences récentes plus ou moins enthousiasmantes.

Le motif de satisfaction cité en premier par les médecins était la prise en charge globale, les soins. Ils apprécient un certain mimétisme, que les remplaçants se calquent à leur pratique et aux habitudes du cabinet. Le deuxième motif de satisfaction le plus cité est relationnel, il s'agit de l'approche, du contact avec le patient. Les motifs suivants, cités par ordre décroissant sont : les prescriptions, la comptabilité/paperasse et la vision plus objective du patient.

Nous constatons donc, dans notre étude, que les critères de compétence professionnelle et médicale sont plus appréciés par les médecins généralistes installés que les critères relationnels des remplaçants.

L'analyse comparative des résultats retrouvait que les trois médecins qui citent la comptabilité/paperasse comme critère de satisfaction sont tous les trois d'âge moyen (entre 40 et 60 ans), exercent en milieu urbain et considèrent difficile de trouver un remplaçant, mais

également que les quatre médecins qui citent les prescriptions comme critère de satisfaction exercent également en milieu urbain.

En regroupant ces deux informations, il semble que les médecins exerçant en milieu urbain soient plus satisfaits des remplaçants sur des critères de compétence médicale et de gestion du cabinet.

La thèse de Jean-Christophe Walter, « Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris » réalisée en 2007 semble corroborer cette hypothèse. (3) En effet, lorsqu'il interroge les médecins généralistes parisiens sur les critères intervenant dans leur choix du remplaçant, ils répondent : 33% présentation, 27% formation, 27% expérience, 7% âge et 6% sexe. Nous retrouvons uniquement des critères relatifs à l'apparence ou aux compétences professionnelles des remplaçants. Seuls quelques médecins ont laissé en commentaire libre « contact » et « qualités personnelles » comme critère de choix. Nous pouvons donc en déduire que ce ne seront pas les critères de relations humaines qui influenceront prioritairement la satisfaction de médecins généralistes installés en milieu urbain vis-à-vis des remplaçants.

Dans notre étude, les médecins installés en secteur urbain expriment toutefois également leur satisfaction sur des critères relationnels. Nous pouvons donc plutôt en déduire que les médecins exerçant en milieu rural et semi-rural tirent leur satisfaction envers les remplaçants de critères relationnels, tandis que les compétences médicales et la gestion du cabinet revêtent moins d'importance à leurs yeux. Les qualités humaines pour exercer dans ces lieux d'exercice étant certainement plus prépondérantes que pour travailler en milieu urbain.

Dans la littérature, les travaux ayant interrogé les médecins généralistes installés retrouvent les mêmes idées que celles émergées de notre étude :

Dans l'étude de Jean-Christophe Walter menée à Paris et déjà évoquée, 79% des médecins remplacés ont une image favorable du remplaçant, ce qui concorde bien avec la satisfaction retrouvée dans notre étude. À Paris, l'absence de remplacement est plus due à une difficulté à trouver un remplaçant qu'à une mauvaise image de celui-ci. (3)

Dans une thèse réalisée en 2014 à Saint-Étienne, Perrine Mondelin étudie la « Vision des médecins généralistes installés sur les prescriptions de leur remplaçant lors du suivi des patients chroniques ». (6) Comme dans notre étude, les installés sont satisfaits des

remplaçants. Ils ont confiance dans leurs prescriptions qui leur paraissent justifiées, soulignent leur sens des responsabilités professionnelles.

On retrouve le principal critère de satisfaction de notre étude qui implique du remplaçant un certain mimétisme vis-à-vis de l'installé : les installés pensent que le remplaçant « idéal » doit pouvoir s'adapter à leur mode de fonctionnement, à leur patientèle, être capable de gérer le cabinet, y compris le versant administratif.

La notion de vision plus objective et de regard neuf sur le patient par le remplaçant est également évoquée : certains installés soulignent le regard neuf qu'apporte le remplaçant : reprise complète du dossier, comble certains oublis, répond à une plainte routinière ou parfois négligée.

Même si l'objet de cette étude concernait les prescriptions des remplaçants, la notion des qualités humaines n'a pas été oubliée par les installés : la relation est aussi décisive que la compétence du remplaçant pour la poursuite d'un remplacement.

« Pratiques et attentes des médecins généralistes de Côte d'Or vis-à-vis des médecins remplaçants » est une étude quantitative réalisée en 2013 par Gilles de Fornel. (7)

Lorsqu'il interroge les médecins installés sur les qualités requises chez le remplaçant, ceux-ci répondent : 84% compétences, 77% relationnel, 58% disponibilité, 36% présentation et 8% autre. Même si notre étude n'est pas quantitative, qu'il s'agisse ici de qualités recherchées et pour nous de critères de satisfaction, nous retrouvons dans les deux cas les critères de compétences professionnelles cités avant les critères relationnels.

Dans les commentaires libres de cette étude, la notion de mimétisme, comprise dans le critère de satisfaction principal de notre étude, est également une qualité recherchée chez le remplaçant : il faut qu'il soit à même de pratiquer son exercice comme le médecin remplacé. Importance d'une « continuité des habitudes de consultation ».

Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, les expériences de remplacement des médecins généralistes installés sont très satisfaisantes.

Les qualités recherchées chez le remplaçant et celles qui apportent satisfaction après le remplacement sont avant tout les qualités de compétence professionnelle et médicale. Les qualités humaines du remplaçant n'intervenant qu'en second plan, d'autant plus pour les médecins installés en milieu urbain.

La principale qualité appréciée chez le remplaçant est son adaptabilité aux pratiques du médecin qu'il remplace et aux habitudes du cabinet dans lequel il exerce. Un mimétisme est recherché et apprécié par le médecin remplacé, pour une continuité des soins conforme à ce qui a cours sans son absence.

2.2. Points d'insatisfaction envers les remplaçants

Les médecins généralistes interrogés dans notre étude ont presque tous rapporté des expériences d'insatisfaction avec un ou plusieurs remplaçants. Elles sont rares mais marquantes. D'autres motifs d'insatisfaction « chronique », non rédhibitoires pour le remplaçant et non préjudiciables pour le patient ont été cités par les remplacés.

Le premier motif d'insatisfaction des médecins installés provient de remplaçants dont la pratique est trop éloignée de la leur. Cela semble logique, car c'est un peu le miroir du critère principal de satisfaction qui est d'avoir un remplaçant présentant un certain mimétisme avec sa pratique. Les motifs d'insatisfaction suivants concernent les prescriptions inadaptées/les modifications de traitements au long cours, la gestion du cabinet (horaires, comptabilité/paperasse et gestion des INR), les intérêts lucratifs de certains remplaçants, le rapport de force en faveur du remplaçant et la conduite avec les patients. Enfin, de façon individuelle, deux médecins ont rapporté des expériences négatives concernant l'un des erreurs diagnostiques par négligence de la part d'un remplaçant et l'autre le manque de confiance d'une jeune remplaçante envers lui.

Dans notre étude, les motifs d'insatisfaction des médecins installés envers les remplaçants sont donc presque exclusivement des facteurs personnels modifiables (mis à part le rapport de force en faveur des remplaçants).

L'analyse des entretiens en fonction des données quantitatives et personnelles des médecins installés a mis en évidence plusieurs choses :

Deux médecins ont eu des expériences avec des remplaçants dont la pratique n'était adaptée ni à leur propre pratique, ni à la pratique de la Médecine Générale française en général. Dans

un cas un remplaçant étranger et dans l'autre cas un médecin hospitalier. Les deux médecins remplacés exercent en milieu rural et considèrent difficile de trouver un remplaçant.

Nous pouvons en déduire que c'est probablement la difficulté à recruter un médecin remplaçant dans ce lieu d'exercice qui a concouru à ces mauvaises expériences. Avec moins de choix de recrutement, il est compliqué de faire le difficile et cela peut s'avérer hasardeux. L'un des deux médecins avoue d'ailleurs ne pas avoir trop fait attention dans ce recrutement, s'étant fait conseiller par l'Ordre des Médecins.

Parmi les médecins ayant cité comme critère d'insatisfaction une mauvaise gestion du cabinet, six médecins exercent en milieu urbain et un médecin en milieu semi-rural.

Il semblerait donc que les médecins exerçant en milieu rural accordent moins d'importance à l'aspect matériel de la gestion du cabinet, car cela n'est pas cité comme critère d'insatisfaction.

Ceci est cohérent avec ce que nous avons pu voir dans les points de satisfaction, les médecins exerçant en milieu urbain accordant plus d'importance aux compétences professionnelles qu'aux qualités humaines des remplaçants.

Dans cet item « gestion du cabinet », les trois médecins ayant cité comptabilité/paperasse sont des femmes et les deux médecins ayant cité gestion des INR sont des hommes. Un lien logique entre ces données ne semble pas évident à établir.

Les cinq médecins ayant évoqué les intérêts lucratifs de certains remplaçants et le rapport de force en faveur du remplaçant sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans). Dans les discours de ces médecins ayant pour la plupart remplacé il y a une vingtaine d'années, on retrouve une certaine nostalgie de cette époque, notamment des conditions de rétrocession plus favorables aux médecins installés. Il apparaît donc logique que les médecins de cette tranche d'âge soient insatisfaits de ce rapport de force qui a été modifié en faveur du remplaçant et de certains remplaçants qui ne cachent pas leurs intérêts lucratifs.

Dans les études françaises ayant également interrogé les médecins généralistes sur leur insatisfaction envers les remplaçants, on retrouve le même concept d'expériences exceptionnelles. Les critères d'insatisfaction cités sont similaires, mais cités dans des ordres différents :

Tout d'abord, dans la thèse de Jean-Christophe Walter (3), les médecins généralistes installés qui ne se font plus remplacer citent comme raison les mauvaises expériences à 18%, derrière les coûts excessifs (34%) et les difficultés à trouver un remplaçant (29%). Ces mauvaises expériences semblent donc être plutôt rares, comme dans notre étude.

Les difficultés rencontrées avec les remplaçants citées sont : 39% mauvaise gestion du cabinet, 24% difficultés dans les relations avec les patients, 16% erreurs diagnostiques, 16% problèmes déontologiques et 5% problèmes relationnels avec le personnel. On retrouve les mêmes thèmes que dans notre étude, avec une priorité pour la gestion du cabinet dans la continuité de ce qui se fait habituellement dans les deux études. Contrairement à la notre, les problèmes relationnels avec les patients sont cités ici avant les problèmes déontologiques.

Enfin, dans la thèse de Perrine Mondelin (6), les médecins généralistes interrogés soulignent également que les expériences négatives avec les remplaçants restent exceptionnelles. Elles concernent la personnalité, certaines exigences jugées inappropriées, un manque de fiabilité, une trop grande disparité dans la pratique ou un mauvais contact avec les patients. On retrouve des thèmes cités par les médecins dans notre étude : la disparité dans la pratique, le mauvais contact avec les patients. Les exigences jugées inappropriées pouvant être rapprochées des intérêts lucratifs. Le manque de fiabilité et la personnalité n'ont pas été cités par les médecins de notre étude dans les motifs d'insatisfaction, mais dans les motifs qui pourraient amener à ne plus solliciter un remplaçant et dont l'on discutera plus tard.

Cette thèse étudie la vision des médecins généralistes installés sur les prescriptions de leur remplaçant lors du suivi des patients chroniques. Or, nous avons vu dans notre étude que la modification d'un traitement au long cours par le remplaçant peut être motif d'insatisfaction pour l'installé. Dans ce travail, les médecins installés constatent que les remplaçants n'osent pas modifier les traitements au long cours. Justement par crainte de la réaction de l'installé, pour ne pas le froisser, par respect et notion hiérarchique. Comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, les médecins apprécient toutefois le regard neuf du remplaçant et le fait de s'adapter à leur pratique et à leur patientèle.

L'étude de Morgan M., McKewitt C. et Hudson M. réalisée en 2000 en Grande-Bretagne a permis de comparer nos résultats à ceux issus de l'étranger. Elle a interrogé des médecins généralistes de la région de South Thames sur leur utilisation des remplaçants et leur satisfaction envers ceux-ci. (8)

19,5% des médecins ayant employé un remplaçant au cours des 12 derniers mois disent avoir été insatisfaits durant cette période. On retrouve un chiffre similaire au travail de Jean-Christophe Walter qui, comme dans notre étude, atteste d'une insatisfaction plutôt rare.

Les raisons : 41,3% l'attitude générale et l'approche du travail (pratique trop éloignée, paresse, manque de ponctualité), 31,1 % les compétences cliniques (prescriptions inadaptées, références inappropriées et non mises à jour), 17,3% les relations avec les patients (manque d'empathie, comportement brusque et abrupt), 8,5% la mauvaise gestion administrative du cabinet. On retrouve donc, dans l'ordre, en première et deuxième position, les mêmes critères d'insatisfaction que dans notre étude que sont la pratique trop différente de celle du médecin installé et l'inadaptation des prescriptions. Dans cette étude, la mauvaise gestion du cabinet arrive en dernière cause d'insatisfaction. Mais dans notre étude, elle comporte aussi le non-respect des horaires du cabinet (qui fait partie du premier critère composite de cette étude). Les relations avec les patients semblent moins prépondérantes dans notre étude que dans celle-ci. Il est difficile d'en conclure quoi que ce soit, notre étude étant qualitative, *a contrario* de cette étude britannique quantitative.

La pratique de remplaçants trop éloignée de la leur est le critère majeur d'insatisfaction pour les médecins installés. Il a été intéressant de voir quel est le point de vue des remplaçants sur ce point, à travers quelques études qui les ont interrogés :

Dans sa thèse de 2015, Antoine Bidet étudie les facteurs influençant la réalisation de la prescription médicamenteuse des médecins remplaçants en Médecine Générale. (9)

Dans les entretiens réalisés, la majorité des remplaçants affirme chercher à être en adéquation avec les prescriptions des médecins qu'ils remplacent. Car ils ont confiance dans les prescriptions du médecin remplacé qui connaît bien ses patients et a plus d'expérience pratique. Cette adéquation de pratique a également pour but de limiter les situations de désaccords potentiels avec les patients et de préserver la relation médecin traitant/patient. Si les habitudes de prescription du remplaçant sont trop éloignées de celles du remplacé, ce principe peut être abandonné, car la prescription engage la responsabilité de celui qui la réalise.

Nous constatons donc que les remplaçants cherchent à prescrire avec un certain mimétisme par rapport au médecin installé. S'ils ne le font pas, c'est que la prescription leur semblait inadaptée ou qu'ils ont eux-mêmes ressenti que leur pratique est trop éloignée de celle du

médecin qu'ils remplacent. Ils ressentiront l'expérience de ce remplacement probablement aussi négativement que les médecins remplacés et, à n'en point douter, c'est conjointement que les deux parties ne souhaiteront plus travailler ensemble à l'avenir.

Un travail similaire, « Analyse des facteurs influençant la pratique des médecins généralistes remplaçants » a été réalisé en 2015 par Nadège Gallet. (10)

Les remplaçants interrogés rapportent un sentiment de contrainte, ils se sentent obligés de se calquer à la pratique du médecin installé, notamment concernant les horaires. Ils cherchent à ressembler un minimum au médecin qu'ils remplacent dans les habitudes et les rituels pour faciliter la création d'un lien avec le patient. C'est aussi par souci de confraternité que les remplaçants n'interfèrent pas avec les prescriptions, même s'ils sont en désaccord avec la prise en charge. Par peur de la réaction du médecin remplacé aussi.

Les remplaçants sont mis en difficulté quand le médecin remplacé a une pratique trop éloignée de la leur, avec une patientèle qui ne leur correspond pas. Les horaires de travail et les durées de consultations sont souvent jugés peu adaptés. Comme dans la thèse précédente, on peut présumer que dans ces cas de figure remplacé et remplaçant seront insatisfaits de leur expérience de remplacement et ne souhaiteront pas la reproduire.

Enfin, l'article de 2013 de Pelletier-Hubault et al. interroge les remplaçants sur leur point de vue concernant les renouvellement des prescriptions dans le suivi de pathologies chroniques. (11)

Ils avouent que par désir de ne pas nuire, en l'absence d'urgence, au patient et au remplacé ils peuvent avoir une bonne raison à laisser un mésusage médicamenteux si le traitement est équilibré. Le remplaçant suggérant toutefois au patient de revoir leur médecin traitant et signalant les événements dans les dossiers médicaux.

Les expériences d'insatisfaction des médecins généralistes installés vis-à-vis de leurs remplaçants sont donc plutôt rares, comme l'attestent les différentes études ainsi que la notre.

Tout comme le premier critère de satisfaction est d'avoir un remplaçant à la pratique proche de la sienne, avoir un remplaçant à la pratique trop éloignée de la sienne est le critère principal d'insatisfaction. Les installés tiennent à ce que leurs habitudes de

consultation, leurs rituels soient conservés lors de leur absence, pour leurs patients et pour le bon fonctionnement du cabinet.

De leur côté, les remplaçants ont conscience de cela et, de façon plus ou moins contrainte, s'efforcent de calquer leur pratique à celle du médecin qu'ils remplacent. Toutefois, si la prescription leur semble vraiment inadaptée ou la pratique trop éloignée de la leur, ils n'engagent pas leurs responsabilités dans une décision qu'ils considèrent délétère pour le patient ou pour eux-mêmes. Dans ce cas de figure, l'expérience sera insatisfaisante pour le remplacé et le remplaçant, aucun nouveau contrat ne sera probablement signé entre les deux parties.

2.3. Retours de patients

Les retours des patients concernant leurs rencontres avec le remplaçant revêtent beaucoup d'importance pour les médecins généralistes installés interrogés dans notre étude. La satisfaction de leurs patients est un motif de satisfaction pour eux-mêmes vis-à-vis du remplaçant. Couplé à la lecture du dossier médical, il permet d'apprécier la qualité de la prise en charge médicale qui a été réalisée. Des retours unanimement négatifs vont permettre de détecter les remplaçants incompetents ou aux comportements inadaptés.

Ces retours se font majoritairement oralement et spontanément par les patients, lors de la première consultation au retour de leur médecin habituel. Plus rarement, ce sont les médecins eux-mêmes qui interrogent leurs patients pour se faire une idée de leur degré de satisfaction ou de la prise en charge réalisée. La satisfaction d'une patientèle vis-à-vis d'un remplaçant peut aussi se manifester indirectement, par la variation de la fréquentation du cabinet en fonction de sa présence ou de son absence.

Si dans leurs retours les patients sont plutôt satisfaits, ils sont toutefois plus mitigés et semblent se baser sur des critères plus subjectifs que les médecins généralistes installés.

Le premier critère de satisfaction rapporté par les patients dans notre étude est bien subjectif. Il s'agit du contact, de l'écoute du remplaçant. Ensuite viennent la prise en charge médicale, puis une pratique et un relationnel proches de ceux de leur médecin habituel.

Les retours négatifs des patients semblent s'exprimer spontanément plus facilement que les retours positifs. Ce qui s'exprime le plus, c'est la méfiance envers le remplaçant. Car c'est un

interlocuteur inconnu ou un médecin souvent très jeune. Les critères d'insatisfaction cités ensuite sont le contact du remplaçant, la pratique ou le relationnel trop éloignés de ceux de leur médecin habituel, le non-respect des horaires et les consultations trop expéditives et enfin la consultation de banques de données.

Face aux critiques subjectives et non justifiées, le médecin reste confraternel avec son remplaçant. Il prend sa défense et justifie sa prise en charge s'il la trouve cohérente. Le médecin installé prend en considération les critiques justifiées et répétées des patients. Il en discutera avec son remplaçant et envisagera éventuellement de ne plus le solliciter à l'avenir.

En mettant en lien les résultats des entretiens avec les données quantitatives et personnelles des médecins généralistes interrogés, nous avons mis en évidence plusieurs choses :

Les quatre médecins qui rapportent avoir eu des retours négatifs de patients concernant le contact avec le remplaçant exercent tous en milieu urbain. Ceci peut paraître contradictoire avec ce que nous avons vu précédemment, à savoir que les médecins exerçant en milieu urbain attachent plus d'importance à des critères de compétence professionnelle que des qualités humaines pour établir leur satisfaction envers les remplaçants. Notre étude n'étant pas quantitative, nous ne pouvons pas conclure. Mais nous pouvons penser que, contrairement aux médecins, les patients attachent tous de l'importance aux qualités humaines du remplaçant, qu'ils habitent en milieu rural ou urbain.

Les deux médecins dont les patients apprécient avoir un remplaçant à la pratique et au relationnel proche de leur médecin habituel et les trois médecins dont les patients n'apprécient pas les remplaçants qui ne respectent pas horaires et durée de consultation sont toutes des femmes. Ceci paraît logique, car la patientèle des femmes médecins est souvent constituée de femmes qui apprécient la pratique et le contact féminin de leur médecin, plus propice à la confession. Une enquête de la Drees réalisée en 2002 a retrouvé que les consultations réalisées par les femmes médecins durent plus longtemps que celles réalisées par les hommes. (12) Il est donc cohérent qu'un remplaçant expéditif mécontentera de façon plus marquée les patients d'une femme médecin.

Les trois médecins dont les patients ressentent de la méfiance devant la jeunesse du remplaçant sont aussi des femmes. Il est difficile d'établir un quelconque lien entre ces informations, d'autant que ces femmes médecins ne sont pas spécialement âgées.

Les trois médecins qui défendent leur remplaçant et justifient ses prescriptions face à des critiques injustifiées de leurs patients sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) et considèrent facile de trouver un remplaçant. Deux d'entre eux justifient également la consultation de banques de données par leur remplaçant qui peut inquiéter leurs patients. Nous avons vu que les médecins de cette tranche d'âge ont généralement eux-mêmes remplacé il y a une vingtaine d'années. Par identification aux remplaçants, il leur est forcément plus naturel de défendre leurs prescriptions qu'ils trouvent cohérentes et la consultation de banques de données, ce qu'ils avouent faire également. Avoir de la facilité à trouver un remplaçant signifie aussi avoir la possibilité d'en choisir un en qui le médecin installé a entièrement confiance. De ce fait, il aura confiance en ses prises en charge et ses prescriptions, il sera plus à même de le défendre auprès de ses patients en cas de critique.

Les six médecins dont les patients disent apprécier le relationnel des remplaçants sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans). Il n'y a pas de lien évident entre ces deux informations.

Les études qui ont interrogé les médecins généralistes installés concernant les retours de leurs patients vis-à-vis des remplaçants ne sont pas très nombreuses :

Concernant les modalités du retour des patients, la thèse d'Anthony Robin réalisée à Lyon en 2016, « Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant » retrouve les mêmes idées que notre étude. (13)

Les retours se font principalement spontanément par le patient au retour du médecin installé. Quelques médecins demandent eux-mêmes aux patients ce qu'ils ont pensé du remplaçant. Les retours sont mitigés et concernent principalement, comme dans notre étude, le contact du remplaçant envers le patient. Le crédit qu'accorde le médecin aux critiques des patients dépend de la subjectivité et de la pertinence de celles-ci. Si de nombreux retours négatifs vont dans le même sens, le médecin en accorde plus d'importance.

La lecture du dossier médical est également importante pour le médecin installé et permet d'avoir un retour plus objectif. Couplé à son ressenti personnel et aux retours des patients, il permet une évaluation globale du remplaçant.

Dans l'étude parisienne de Jean-Christophe Walter (3), selon les médecins généralistes, l'image du remplaçant vue par leurs patients est : 5% très favorable, 64% favorable, 16% médiocre, 2% négatif, 13% non répondants. Les critères de satisfaction ou d'insatisfaction n'ont pas été détaillés mais, comme dans notre travail, les patients sont globalement satisfaits de leur rencontre avec le remplaçant.

Les études explorant directement le ressenti des patients vis-à-vis du remplaçant sont plus nombreuses :

La thèse rémoise de 2015 de Simon Juste, « Perception du médecin remplaçant en Médecine Générale et son évolution au cours des vingt dernières années » est intéressante. En effet, elle interroge les patients sur leur image du remplaçant et la compare avec celle issue de trois travaux réalisés au cours des 18 dernières années. (14)

En les interrogeant directement, le degré de satisfaction des patients envers les remplaçants est également élevé : 57,6% plutôt satisfait, 21,2% sans opinion, 16,5% entièrement satisfait, 4,7% plutôt pas satisfait.

L'étude a interrogé les patients sur les qualités qu'ils recherchent chez un remplaçant : 80% la compétence médicale, 43,8% la qualité d'écoute, 43,4% importance au fait qu'il donne des explications claires sur la maladie et la façon de la soigner, 34% capacité à bien comprendre le patient et ses problèmes et possibilité de parler sans difficulté avec lui, 27% personnalité (aimable et sympathique), 18% qualité des prescriptions, 13,7% disponibilité, 9,8% fait que les remplaçants se souviennent d'eux. Nous constatons donc qu'en les interrogeant directement, les compétences médicales du remplaçant sont plus importantes aux yeux des patients que les qualités humaines.

Ceci semble confirmé par la comparaison aux travaux des années précédentes : au cours des 18 dernières années, la compétence médicale reste la qualité primordiale exigée par les patients. Le côté relationnel et la capacité à communiquer prenant toutefois une place de plus importante.

L'étude de Catherine Camus-Chirol de 2009, « Les patients sont-ils satisfaits du remplacement de leur médecin ? : enquête auprès de patients de médecins généralistes des Yvelines et des Hauts de Seine » retrouve les mêmes idées. (15)

À savoir que la satisfaction dans cette étude est également élevée : 87% des patients sont satisfaits de la réponse apportée par le remplaçant à leur(s) problème(s).

Nous retrouvons également la prépondérance des compétences médicales dans les critères de satisfaction. Les deux facteurs affectant indépendamment des autres la satisfaction globale des patients étaient : la satisfaction vis-à-vis de l'efficacité du traitement et la satisfaction vis-à-vis des explications données concernant le traitement. La composante relationnelle ne semblait pas influencer la satisfaction des patients dans cette étude.

La thèse stéphanoise de Lizzy Petrigny réalisée en 2012, « Perception par les patients du remplaçant de leur médecin traitant habituel » concorde avec les études précédentes. (16)

Tout d'abord, dans cette étude le ressenti des patients envers les remplaçants est également très positif.

Les premières qualités recherchées chez le remplaçant sont ici aussi des qualités professionnelles telles que la compétence, l'efficacité diagnostique et l'expérience. Mais les qualités relationnelles sont également primordiales (accueil, sourire, sympathie, amabilité, écoute).

D'autres thèses françaises faisant s'exprimer les patients sur leur ressenti envers les remplaçants retrouvent un sentiment globalement positif. (17,18) Dans ces études qualitatives, l'origine de cette satisfaction, sur des critères professionnels ou relationnels, ne ressort pas aussi évidemment.

Des études ayant interrogé les remplaçants permettent d'apprécier leur regard sur cette relation qu'ils entretiennent avec les patients :

Dans la thèse de Nadège Gallet, les remplaçants avouent ressentir le manque de confiance des patients. (10) Dans notre étude, c'est le premier critère d'insatisfaction des patients cité par les médecins généralistes, principalement en raison du fait que le remplaçant soit un médecin inconnu et souvent jeune. Ici, les remplaçants pensent que cette méfiance vient de la méconnaissance de leur statut par les patients.

Également cité comme critère d'insatisfaction dans notre étude, les remplaçants interrogés dans ce travail constatent que si leur pratique est trop éloignée de celle du médecin remplacé les patients sont déstabilisés et réticents.

« Un aspect de la relation médecin-malade : les refus opposés aux demandes de patients » est une thèse réalisée à Paris en 2014 par Maria Lotfi. (19) Elle a interrogé des généralistes installés et des remplaçants concernant les situations et difficultés auxquelles les médecins peuvent être confrontés suite à un refus opposé à un patient.

Comme dans l'étude précédente, les remplaçants disent ressentir une frustration en raison de l'impression de manque de confiance de la part des patients. Concept qui avait déjà été évoqué dans notre étude.

Dans certaines situations, les remplaçants préfèrent mettre de la distance avec le patient pour refuser une demande de patient. Cette distance peut être perçue comme un manque d'empathie. Le deuxième critère d'insatisfaction des patients envers les remplaçants cité par les médecins installés dans notre étude est le mauvais relationnel. Nous pouvons supposer qu'une partie de ce manque d'empathie ressentie par les patients est entretenue par les remplaçants, pour éviter une trop grande complaisance envers leurs demandes.

À leurs retours de congés, les médecins généralistes installés voient leurs patients se confier spontanément et oralement à propos de leur rencontre avec le remplaçant. Ces retours sont importants pour les médecins installés. Couplés à la lecture du dossier médical, ils leur permettent d'évaluer l'expérience de chaque remplacement.

Que ce soit dans notre étude ou dans la littérature, les patients sont globalement satisfaits de leurs rencontres avec les remplaçants. Lorsqu'ils sont interrogés directement, les patients assurent attacher plus d'importance aux compétences professionnelles et médicales qu'aux qualités humaines des remplaçants. Par contre, quand nous interrogeons les médecins remplacés sur les critères de satisfaction rapportés par leurs patients vis-à-vis de leurs remplaçants, ce sont les qualités humaines qui sont citées en premier.

Plus qu'un réel critère d'insatisfaction, c'est la méfiance envers le remplaçant qui est citée en premier par les patients dans les critères négatifs. Les remplaçants en ont conscience et en sont frustrés, car la relation médecin-patient a besoin de temps pour se construire. Le manque d'empathie, cité ensuite en critère d'insatisfaction dans notre étude, peut être partiellement entretenu par les remplaçants. Ceci afin d'éviter de tomber dans une trop grande complaisance face à des demandes parfois abusives de patients qu'ils ne connaissent pas.

2.4. Observance des patients aux prescriptions des remplaçants

À leur retour de congés, certains médecins généralistes installés interrogés dans notre étude estiment jusqu'à 20% la part de patients qui vont les recontacter ou reconsulter pour discuter ou faire valider la prise en charge du remplaçant. Pour d'autres médecins c'est une part moindre, à peine 5% et pour d'autres encore leurs patients sont totalement observants aux prescriptions des remplaçants.

Certaines nouvelles consultations apparaissent justifiées, notamment celles s'inscrivant dans une histoire médicale.

Toutefois, selon les médecins remplacés, la plupart des ces nouvelles consultations ne sont pas justifiées. Elles sont réalisées souvent trop tôt pour juger de l'efficacité ou non du traitement prescrit ou de l'évolution normale de la maladie. Les patients viennent surtout demander un avis sur la prise en charge à leur médecin traitant, qu'ils considèrent comme leur référent médical et en qui ils ont placé leur confiance, souvent depuis de nombreuses années. Les médecins installés constatent ce type de comportements dans d'autres situations, après une consultation aux urgences ou auprès d'un spécialiste hospitalier par exemple.

Face à ces consultations injustifiées médicalement à leur retour, certains médecins montrent leur agacement. L'intérêt d'avoir mis en place une continuité des soins se trouve amoindri et leur planning de reprise se surcharge davantage. La santé du patient peut également être mise en danger. Dans tous les cas, les médecins remplacés rassurent les patients sur la confiance qu'ils peuvent placer dans le remplaçant qu'ils ont choisi pour éviter la reproduction et la chronicisation de ce type de comportements.

La comparaison des résultats des entretiens avec les données personnelles et quantitatives des médecins généralistes installés de notre étude a mis en évidence deux choses :

Les quatre médecins qui affirment que leurs patients sont totalement observants aux prescriptions de leurs remplaçants sont toutes des femmes exerçant en milieu urbain.

Le lien entre ces informations est difficile à établir logiquement et nous ne pouvons que formuler des hypothèses. Les femmes médecins rassurent-elles plus leurs patients sur les compétences de leurs remplaçants ? La patientèle de ville a-t-elle plus confiance dans les remplaçants ou moins le temps de reconsulter ? Pour répondre à ces questions, il faudrait envisager la réalisation d'une étude quantitative explorant le lien entre observance, sexe du médecin et lieu d'exercice. Une telle étude n'a pas été retrouvée dans la littérature.

Les sept médecins qui se « plaignent » de consultations non nécessaires de patients à leur retour de congés sont tous d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

Cette fois encore, difficile d'établir un lien cohérent entre ces deux informations et seule une étude quantitative permettrait de le faire.

Dans la littérature, deux thèses que nous avons déjà analysées mettent le doigt sur le rôle central du patient dans l'observance aux prescriptions du remplaçant :

Tout d'abord, dans la thèse de Perrine Mondelin (6), les médecins remplacés sont conscients que la possibilité pour le remplaçant de pouvoir modifier ou non l'ordonnance chronique du patient va dépendre beaucoup de la complaisance du patient, même si un changement clinique ou biologique, une plainte particulière ou une intolérance médicamenteuse interviennent. Comme dans notre étude, ils constatent que certains patients attendent leur aval pour accepter le changement de traitement, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec eux.

Ensuite, dans la thèse d'Antoine Bidet (9), les remplaçants interrogés ont remarqué que la prise en compte de la demande du patient améliore la relation et favorise l'observance. Une prise en charge et une prescription synergiques, en collaboration avec le patient, peuvent donc permettre de l'y faire adhérer de façon bien plus forte.

D'autres articles et une thèse traitant spécifiquement le thème de l'observance nous permettent d'éclairer un peu plus les facteurs qui l'influencent et de voir si le remplaçant peut adopter un comportement plus adapté pour la renforcer :

L'étude quantitative de Reach et al. sur les facteurs associés à la non-observance médicamenteuse dans l'hypertension non contrôlée pourrait laisser croire que c'est uniquement le patient qui a un rôle dans son observance au traitement. (20)

En effet, dans cet article, la faible observance est principalement associée à des facteurs non cliniques. Le manque de motivation est le premier facteur associé à une faible observance. Le fait de considérer l'hypertension comme une simple anomalie et pas une maladie pouvant causer ces complications cardiaques ou cérébrales est le deuxième paramètre.

Ces critères laissent toutefois à penser que le médecin peut jouer un rôle éducatif et motivationnel, permettant une meilleure adhésion au traitement.

L'article de Jean-Marie Krzesinski sur les solutions à apporter pour améliorer l'observance de la population au traitement antihypertenseur souligne l'importance du rôle du médecin. (21)

Pour lui, les facteurs qui influencent la mauvaise observance au traitement sont le patient, la maladie, le traitement et l'environnement thérapeutique dont fait partie le médecin. L'adhésion au traitement dépend de la relation médecin-patient lors de la première visite, puis de l'éducation reçue lors des consultations suivantes. Une relation solide doit s'établir entre le médecin et son patient au centre de laquelle une confiance mutuelle doit s'installer. La régularité du suivi médical est importante, gage de la réussite du traitement.

Nous parlons ici de traitement chronique, et cette notion de relation au long cours va s'appliquer entre le patient et son médecin traitant. Le statut d'intervenant ponctuel du remplaçant ne lui permettra pas d'établir une telle relation de confiance mutuelle puis de l'entretenir régulièrement. Par contre, elle pourra potentiellement s'établir si le remplaçant travaille régulièrement dans le cabinet. Ce qui concorde bien avec les propos d'un médecin de notre étude qui signale que l'observance des patients augmente clairement avec la régularité des remplacements : *M09 : " Plus le remplaçant remplace régulièrement, plus ils le connaissent et quand ils se sentent à l'aise, eh ben ils vont être aussi observants que si c'est moi."*

L'article d'André Scheen concernant les causes, conséquences et solutions dans la non-observance thérapeutique souligne également l'importance de la relation médecin-malade. (22)

La relation médecin-malade participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique. Diverses études ont démontré toute

l'importance de la confiance que le patient place dans son thérapeute sur l'adhésion ultérieure au traitement.

Nous avons vu dans le chapitre précédent que les patients manifestent auprès de leur médecin traitant le manque de confiance qu'ils ont pu avoir envers le remplaçant lors de leur rencontre. Et nous avons vu dans deux thèses que les remplaçants ont conscience de ce manque de confiance de la part des patients. (10,19) Ils partent donc avec un désavantage pour faire adhérer les patients aux traitements qu'ils vont prescrire. Par son comportement et son discours, inspirer confiance au patient lors de la –généralement- courte consultation où il le rencontre revêt une grande importance pour le remplaçant.

La thèse de Janini Anandamanoharan réalisée en 2012, « Observance et Médecine Générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? » est une méta-analyse de 83 publications dans la littérature avec repérage des thèmes traités dans le cadre de l'observance. (23)

Pour 43% des articles, la qualité de la relation médecin-malade est essentielle pour une bonne observance.

Pour 44% des articles traitant le rôle de la relation médecin-malade, la perception d'un médecin amical et empathique améliore l'observance. Pour 36%, une alliance thérapeutique entre médecin et patient améliore l'adhésion au traitement. Pour 30%, la disponibilité du médecin est importante : durée de consultation respectée et caractère répétitif. Pour 17%, la conviction du médecin dans la réussite du traitement renforce la conviction du patient donc son observance.

Nous pouvons voir que pour deux critères la ponctualité des interventions du remplaçant rend impossible une quelconque influence sur l'observance. À savoir l'alliance thérapeutique et la disponibilité du médecin, qui ne seront possibles qu'entre un patient et son médecin traitant. Le médecin remplaçant régulier ne pouvant y jouer qu'un rôle bien plus minime. Par contre, le remplaçant peut, en fonction de son comportement et de son discours, agir sur les autres facteurs de bonne observance. En ayant un contact amical et empathique, ainsi qu'en se montrant convaincu dans la réussite du traitement qu'il prescrit, le remplaçant peut fortement augmenter l'observance des patients.

Selon les médecins généralistes interrogés dans notre étude, l'observance des patients aux prescriptions de leurs remplaçants varie entre une observance complète et 20% de

patients qui vont reconsulter ou les recontacter. Pour faire valider ou modifier la prise en charge et/ou le traitement.

Très peu de ces nouvelles consultations sont justifiées, souvent le traitement n'a pas eu le temps d'agir ou la pathologie d'évoluer spontanément favorablement.

La raison principale de ces comportements est le manque de confiance qu'accordent les patients au remplaçant, cet intervenant ponctuel souvent inconnu et jeune. Le référent médical des patients est leur médecin traitant, en qui ils accordent leur confiance depuis des années.

Dans le suivi et l'adhésion aux traitements au long cours, qui nécessitent la création d'une relation thérapeutique médecin-patient forte, le remplaçant peut difficilement influencer positivement l'observance des patients. Toutefois, dans l'adhésion aux traitements courts pour des affections intercurrentes, si le remplaçant présente un contact amical et empathique et se montre convaincu dans la réussite du traitement qu'il prescrit, les différentes études prouvent que l'observance des patients aux traitements s'en trouvera franchement améliorée.

2.5. Influence des remplaçants sur la pratique des médecins installés

La plupart des médecins généralistes installés interrogés dans notre étude avouent être influencés dans leur propre pratique par les remplaçants. En analysant leurs prises en charge médicales, leurs prescriptions et leur façon de gérer le cabinet.

La principale influence se fait par l'acquisition ou la mise à jour de nouvelles pratiques ou recommandations. Les remplaçants, souvent jeunes donc proches de leur formation universitaire, ont appris récemment à la faculté les dernières recommandations ou ont travaillé il y a peu en stage hospitalier en employant les dernières pratiques médicales de pointe. Dans le même thème des prescriptions, les médecins installés citent ensuite la prescription d'examens complémentaires moins courants et l'effort de réaliser des prescriptions plus économiques. Puis les médecins disent être influencés dans la tenue de leurs dossiers médicaux ainsi que sur l'informatique. Un médecin est influencé par la découverte de nouveaux correspondants médicaux.

Pour finir, deux médecins répondent à cette question en évoquant le regard neuf du remplaçant sur ses patients. Déjà cité à plusieurs reprises comme qualité appréciée chez les remplaçants, ici nous pouvons douter que cela influence réellement la pratique du médecin remplacé. Mais peut sans doute permettre de débloquer certaines situations médicales complexes.

L'analyse des entretiens en fonction des données personnelles et quantitatives des médecins retrouve :

Contrairement à ce que nous pourrions penser, l'âge des médecins remplacés n'est pas un critère relié à plus d'influence de la part des remplaçants dans cette étude. Même parmi les plus jeunes médecins, certains s'estiment influencés par leurs remplaçants dans leur pratique. Toutefois, un médecin très jeune de notre étude (34 ans) est conscient que cette influence sera certainement plus importante à mesure que les années passeront et que sa formation initiale universitaire et hospitalière s'éloignera :

M08 : "En tout cas, je pense que plus je vieillirai, plus ça m'apportera quelque chose. C'est bizarre, hein, de dire ça, mais. Voilà, là mes études sont pas très vieilles, j'ai encore des trucs assez récents dans la tête. Mais je pense que, voilà, ça évolue tellement vite la médecine que plus on vieillit, plus les remplaçants apportent, ben un coup d'œil nouveau et puis des fois des connaissances un peu... plus récentes on va dire."

Si les médecins généralistes installés de notre étude avouent être principalement influencés sur leurs prescriptions (sept médecins sur douze), nous constatons qu'aucun des médecins étant maître de stage universitaire n'en fait partie. Parmi les trois que nous avons interrogés dans notre étude, deux s'estiment influencés sur la tenue des dossiers et l'informatique, l'autre sur le regard neuf du remplaçant sur ses patients.

Les maîtres de stage universitaires sont tenus de participer régulièrement à des formations à la faculté et sont en contact, souvent plusieurs fois par semaine, avec des internes de Médecine Générale en stage dans leur cabinet. Il paraît donc logique que ces médecins soient déjà très à jour concernant les recommandations et les pratiques les plus récentes. Aucun d'eux ne cite la découverte de nouveaux correspondants. Étant proches de la faculté, ils connaissent ainsi les praticiens hospitaliers, même les plus jeunes, qui peuvent participer à leurs formations ou donner des cours à leurs internes.

Dans la littérature, plusieurs publications confirment cette influence que peuvent avoir les remplaçants sur la pratique des médecins généralistes qu'ils remplacent :

Dans la thèse de Perrine Mondelin, que nous avons citée à plusieurs reprises, les médecins généralistes installés interrogés apprécient les remplacements, qui leur permettent d'échanger avec d'autres médecins généralistes. (6) Ils ont pleine conscience que cette « différence générationnelle » souvent de mise avec les jeunes remplaçants devient un atout pour enrichir sa pratique et remettre à jour ses connaissances.

Dans son article publié en 2013, Frank A. Riddick relate sa propre expérience de remplacement réalisée en 1959. (24)

Si les faits sont anciens, ils restent intéressants pour nous car mettent en scène un jeune remplaçant sortant de la faculté qui remplace un médecin âgé de 70 ans. Ce jeune remplaçant est confronté à des pratiques d'un autre âge, régulièrement incohérentes avec ce qu'il a pu apprendre récemment au cours de ses études. Mais la plupart des patients y sont attachés et montrent une réticence à renoncer aux prises en charge dont ils ont l'habitude. Toutefois, petit à petit ce jeune remplaçant réussit à convaincre quelques patients de suivre ses thérapeutiques modernes. Il espère que certaines de ses innovations perdureront après son départ. Après quelques jours de remplacement, des patients non familiers du cabinet sont venus consulter, sachant qu'un nouveau et jeune médecin y travaillait. Dans l'espoir qu'il puisse solutionner leurs problèmes qui n'avaient pas pu l'être par d'autres médecins. Pour finir, les autres médecins exerçant dans ce cabinet lui ont demandé des conseils sur certains de leurs problèmes médicaux.

Comme dans notre étude, nous pouvons voir que, plus la différence d'âge entre le jeune remplaçant et le « vieux » médecin installé augmente, plus la propension à ce que le remplaçant soit influent avec des nouvelles pratiques et recommandations augmente. Nous retrouvons également la notion d'œil nouveau du remplaçant, qui est appréciée ici par les patients pour certains étrangers du cabinet et par les collègues du médecin remplacé.

Dans le travail d'Anthony Robin, le partenariat remplacé-remplaçant est souligné. (13) Il constate comme nous et les publications précédentes que la pratique médicale du remplaçant diffère souvent de celle du médecin remplacé. Le remplacé trouve que le remplaçant a des

connaissances plus récentes, est plus au fait des nouveaux protocoles. Pour lui, c'est l'occasion d'acquérir de nouvelles connaissances, par l'auto-formation et la vérification des dernières recommandations. Nous retrouvons également la notion d'œil extérieur : que ce soit sur sa pratique, incitant à se remettre en question et à s'améliorer, et sur le patient en corrigeant des diagnostics, faisant avancer des prises en charge et apportant de nouvelles idées, là où le médecin traitant peut parfois être en échec.

La thèse de Guillaume Bonnin réalisée en 2000 à Poitiers cherchait à savoir si le remplacement en Médecine Générale pouvait être un outil d'analyse des pratiques médicales. (25)

Les médecins installés remplacés interrogés dans ce travail ont tendance à considérer que le dialogue avec leurs remplaçants, les observations que ceux-ci émettent et son intervention pendant une période donnée auprès de leurs patients apportent du changement dans leur pratique médicale clinique. Cette modification de la pratique médicale clinique concerne avant tout un changement auprès d'un patient particulier et non pas un changement plus systématique d'une prise en charge d'une maladie pour l'ensemble de ces patients. Les remplaçants peuvent aussi permettre de connaître des médecins spécialistes nouveaux ou des structures de prise en charge particulière de patients qui leur étaient jusqu'alors inconnues. Les installés évoquent aussi la notion de « neuf » apportée par le remplaçant. Par contre, pour les installés, le dialogue avec les remplaçants n'apporte aucune modification dans leur organisation et le fonctionnement de leur cabinet.

C'est donc, comme dans notre étude, sur leur pratique médicale que les installés ressentent ici principalement une influence des remplaçants. La découverte de nouveaux correspondants et le regard neuf du remplaçant sont également cités. Dans notre travail, certains médecins affirment être influencés dans la tenue de leurs dossiers médicaux, tandis qu'ici ils affirment ne pas l'être dans leur organisation.

Quel que soit leur âge, presque tous les médecins généralistes installés qui se font remplacer avouent être influencés dans leur pratique par les remplaçants. Les remplaçants étant habituellement jeunes, sortant de la faculté et de stages hospitaliers, cette influence est d'autant plus marquée auprès des médecins installés les plus âgés et pour qui les études et le contact avec l'hôpital sont lointains.

L'influence se fait majoritairement concernant la mise à jour et la découverte de recommandations et de pratiques médicales. La découverte de nouveaux correspondants médicaux est appréciée et modifie par ce biais la pratique de certains installés. Peu de médecins avouent être influencés dans leur organisation et le fonctionnement de leur cabinet.

La notion d'œil neuf du remplaçant, qui n'influence pas directement la pratique de l'installé, est pourtant citée par ceux-ci dans plusieurs études, dont la notre.

2.6. Influence des remplaçants sur les relations entre les médecins installés et leurs patients

Lorsque nous les interrogeons sur leurs relations avec leurs patients, les médecins généralistes installés sont quelques uns à affirmer que le fait de se faire remplacer ne les influence pas.

Cependant, pour la majorité des installés, se faire remplacer a un effet positif sur leurs relations avec leurs patients, cela les renforce. Les patients sont reconnaissants de la mise en place d'une continuité des soins, du recrutement de remplaçants compétents et, en voyant une autre manière de pratiquer confirment leur préférence à celle de leur médecin. Contrairement à ce que nous pourrions penser, les mauvaises expériences avec des remplaçants renforcent également cette relation. Car les remplacés s'efforcent toujours de remettre bon ordre le plus vite possible et les patients en sont conscients.

Les médecins peuvent recevoir quelques reproches de la part de patients, mais sans conséquence profonde sur leurs relations avec eux : en lien avec des absences répétées ou par la rencontre d'un remplaçant très méticuleux.

L'épiphénomène de fidélisation de patients par un remplaçant régulier n'est pas la conséquence d'une mauvaise relation installé-patient, mais plus d'une affinité accrue de certains patients pour un remplaçant, son contact et ses pratiques.

La perte de patients en raison d'un remplaçant très incompetent ou désagréable est très rare, mais signalée par quelques médecins dans notre étude. Il s'agit d'expériences profondément négatives ou ayant duré longtemps car détectées tardivement par l'installé. Généralement, les patients font leur retour dans la patientèle une fois le remplaçant en question congédié.

L'analyse des entretiens en fonction des données personnelles et quantitatives des médecins généralistes installés interrogés a mis en évidence de nombreuses choses :

Curieusement, les cinq médecins pour qui le fait de se faire remplacer renforce toujours leurs relations avec leurs patients sont toutes des femmes.

Il est difficile d'expliquer cela objectivement. Les femmes prennent-elles plus de soin pour choisir leurs remplaçants ? Sont-elles plus réactives pour rétablir les choses en cas de mauvaise expérience ?

Les deux médecins dont les patients sont reconnaissants de leur assurer une continuité des soins en se faisant remplacer exercent seuls.

Ceci est tout à fait cohérent étant donné que, s'ils ne se font pas remplacer, les médecins installés seuls sont obligés de fermer leur cabinet. Pour les patients, cela devient un parcours du combattant en cas de besoin d'une consultation dans cette situation. Pour les patients consultant habituellement un médecin en association ou en maison pluridisciplinaire, consulter auprès d'un associé ou collègue lors de l'absence de son médecin traitant est beaucoup plus facile.

Les deux médecins dont les patients sont reconnaissants d'avoir eu affaire à de bons remplaçants sont tous les deux très jeunes (32 et 34 ans).

Tout d'abord, étant donné que les remplaçants sont également jeunes, on peut penser que les prises en charges des deux médecins sont proches. Et nous avons vu que les patients apprécient un remplaçant à la pratique proche de celle de leur médecin habituel. Ensuite, les patients sont peut-être également conscients de la difficulté de trouver un remplaçant. Ils apprécient que leur médecin, qui débute dans la vie active, ait déjà pu trouver quelqu'un de compétent pour se faire remplacer. Nous pouvons présumer que, dans ses contacts, le jeune médecin installé ait des anciens cointernes qui ne sont pas encore installés et remplacent. En les recrutant en pleine connaissance de leurs compétences, il y a peu de risque de mauvaise expérience.

Parmi les quatre médecins installés qui citent des raisons positives au renforcement de leurs relations avec leurs patients (continuité des soins, bon remplaçant, pratique différente de la leur), deux médecins considèrent qu'il leur est facile de trouver un remplaçant, tandis que les

deux médecins installés qui citent une raison négative (gestion de mauvaises expériences) considèrent difficile de trouver un remplaçant.

Nous avons déjà vu que la facilité à trouver un remplaçant est souvent liée au recrutement de bons remplaçants, du moins qui conviennent bien au médecin remplacé. Il peut se permettre d'être difficile dans ses critères de choix de remplaçant étant donné qu'il a le choix. Ses expériences de remplacement lui seront donc plus positives et pour ses patients également. Au contraire des médecins qui considèrent la recherche de remplaçants difficile et pour qui ce choix se fera souvent par défaut, faute de mieux. Donc les expériences négatives seront bien plus fréquentes pour ces médecins et, *a fortiori*, leurs patients.

Dans la littérature, nous n'avons pas retrouvé d'autre étude concernant l'influence du remplacement sur la relation médecin installé-patient. Cependant, les relations installé-patient et remplaçant-patient sont des sujets fréquemment investigués et permettent d'éclairer un peu plus nos résultats :

Dans la thèse d'Émilie Bresson-Benbrahim (17), les patients soulignent la confiance qu'ils attribuent au remplaçant car il est choisi par leur médecin traitant. La position du remplaçant à leurs yeux n'est pas celle d'un médecin de substitution mais bien d'un allié, d'un associé du médecin traitant, avec l'objectif de lui offrir la meilleure qualité de prise en charge et de continuité des soins possibles.

Au vu de cette représentation que se font les patients du remplaçant, à savoir un médecin qui travaille en synergie avec leur médecin traitant, on comprend les résultats de notre étude. À savoir que la satisfaction d'avoir un remplaçant compétent et au bon relationnel, permettant une continuité des soins va forcément renforcer encore plus leur relation avec leur médecin habituel. Ainsi, l'expérience réussie du remplacement n'est pas un concept isolé mais entre entièrement dans le cadre de l'expérience globale que les patients partagent avec leur médecin traitant.

Dans la thèse de Perrine Mondelin (6), les généralistes interrogés évoquent l'existence de certains patients entretenant une relation particulière avec le remplaçant. Car il s'agit pour eux d'un nouveau confident, notamment s'il est du sexe opposé de l'installé.

Si le contact passe vraiment bien et que le remplaçant devient régulier dans le cabinet on peut penser que, comme évoqué par un médecin de notre étude, il y ait une fidélisation et que le patient reviendra le voir spécifiquement à l'avenir.

La thèse de 2011 de Yannick Freymann « Le médecin remplaçant : une place spécifique pour la parole ? » est intéressante sur le sujet des relations entre patients et médecins installés et remplaçant. (26)

Pour commencer, ce travail évoque la différence entre les paroles du médecin installé et du remplaçant :

La parole du médecin généraliste peut être positive car en elle-même rassure le patient qui est en confiance. Elle peut être un remède, elle a un effet placebo. Mais en raison du rapport émotionnel entretenu, la séparation du psychopathologique et du somatique peut être rendue difficile. Elle peut avoir un effet iatrogène.

La parole du remplaçant est plus médicalisée, car moins teintée d'émotions. Plus doctorale, elle serait plus à même de rassurer les angoisses du patient. Mais pour se construire, le lien thérapeutique nécessite une consultation plus longue. Le remplaçant ne connaît pas le patient dans sa globalité et cela peut le pousser à faire plus d'examens complémentaires.

Certaines relations entretenues entre patients et médecins installés peuvent empêcher une réelle relation thérapeutique :

Le médecin ami : implique l'intrusion d'un rapport de jugement, peut concourir à des défauts de soins par omission ou compassion (peur de blesser l'amour propre d'un ami). Dans cette situation, voir un remplaçant « étranger » permet de reconstruire un lien thérapeutique dénué de lien affectif, sans biais émotionnel.

Le retour du corps : c'est l'irruption du genre du médecin dans la consultation. Un homme peut être mal à l'aise de confier sa sexualité à une femme ou une femme peut refuser de se faire examiner par un homme. Un remplaçant de sexe différent que l'installé peut donc bloquer certaines situations, mais également en débloquent d'autres.

Le médecin sans empathie et le médecin pseudo-psychiatre sont également cités par l'auteur mais nous ne les développerons pas.

Dans cette thèse est également évoqué le remplaçant régulier, qui n'a pas besoin de se réadapter au médecin et à sa parole. Création d'une sorte de patientèle parallèle déçue par la prise en charge ou l'écoute du médecin habituel.

Nous avons donc pu voir dans ce travail que les paroles du médecin installé et du remplaçant ne sont pas les mêmes, donc n'ont pas le même impact sur les patients. Un patient qui est

toujours confronté au même médecin, donc à la même parole, sera enkysté dans un certain schéma relationnel et thérapeutique. L'irruption d'un remplaçant et de sa parole spécifique permet de jeter un regard complètement différent sur le patient et lui-même peut y trouver un nouveau confident. Qui lui convient parfois tellement bien qu'il va s'y fidéliser.

L'expérience du remplacement, généralement positive pour le patient, va contribuer à renforcer encore plus sa relation avec son médecin traitant. Par reconnaissance de lui offrir une continuité des soins (surtout s'il exerce seul), par le recrutement de bons remplaçants, par la comparaison de sa pratique à une autre et surtout car il considère cette expérience du remplacement comme partie intégrante de l'expérience partagée avec son médecin généraliste.

Même les expériences négatives renforcent cette relation, car les médecins installés s'efforcent toujours de corriger la situation le plus rapidement possible.

L'irruption du remplaçant, de son relationnel, sa pratique et parfois son sexe différents est généralement une excellente chose pour les patients. Il débloque certaines situations et, s'il est fidèle au cabinet, certains patients finissent même par venir le consulter spécifiquement. Non par rejet du médecin installé, mais plus par une affinité plus forte pour ce nouveau praticien.

La perte de patients suite à une mauvaise expérience de remplacement est exceptionnelle, mais signalée par quelques médecins de notre étude. La plupart du temps, les patients réintègrent la patientèle peu de temps après la situation réglée.

2.7. Les relations contractuelles

2.7.1 Contrats

La plupart des médecins généralistes installés interrogés dans notre étude sont satisfaits des contrats qu'ils signent avec leurs remplaçants et qu'ils trouvent très clairs.

Quelques médecins trouvent cette tâche fastidieuse, donc n'en signent pas ou plus. C'est une question de confiance envers le remplaçant.

En raison de la trop faible quantité de données dans cet item, aucun lien entre les propos des entretiens et les données quantitatives et personnelles des médecins n'a pu être mis en évidence.

Dans la législation française et, conformément à ce qui est consigné sur le site internet de l'Ordre des Médecins, « quelles que soient la nature et la durée du remplacement, un contrat consignait les conditions du remplacement doit être signé et communiqué au conseil départemental. » (27)

L'un des médecins interrogés dans notre étude affirme pourtant ne pas signer de contrat pour chaque remplacement : *M00 : "Très très souvent on signe rien du tout, euh... Moi j'ai résigné avec toi et puis avec MB (NDR : un autre étudiant remplaçant) mais ça faisait des années que j'avais rien signé avec personne."*

Ce médecin n'est pas un cas isolé, et dans les faits de nombreux médecins ne signent pas de contrats. Ils se contentent de prévenir l'Ordre, car comme indiqué, toujours sur son site internet : « Il appartient au médecin, qui souhaite se faire remplacer d'avertir, à l'avance, le conseil départemental de l'ordre dont il relève en lui indiquant, par écrit, les nom, prénom et adresse du remplaçant, la date et la durée du remplacement ». Ainsi, le conseil départemental a quand même un contrôle sur le médecin inscrit à l'Ordre ou le remplaçant qui va effectuer le remplacement. Ce contrôle permet d'éviter certaines catastrophes qui pourraient arriver avec une personne mal intentionnée qui ferait exercice illégal de la médecine.

Dans la littérature étrangère, nous constatons que le contrôle des activités de remplacement est moins strict, en attestent certaines affaires funestes et les mesures qui en ont découlé :

Dans l'article datant de 2010, Fiona Godlee relate l'affaire du décès d'un patient au Royaume-Uni. (28) Un médecin remplaçant allemand lui avait prescrit un antalgique morphinique surdosé. Le système de santé l'avait laissé exercer malgré un échec au test linguistique, une

inexpérience de travail au Royaume-Uni et de pratique des soins primaires en Allemagne. Il avait été autorisé à travailler le jour même de son arrivée sur le territoire, sans supervision. En lisant cette affaire, nous pouvons estimer qu'en raison de la législation française en place un tel événement ne pourrait pas se produire en France.

Cependant, 17 ans précédemment et dans le même journal britannique (BMJ), Ramanna Macherla écrivait déjà un article à la suite d'affaires de méconduites professionnelles par des remplaçants. (29) Il avait déjà été suggéré de faire un registre des effectifs de remplaçants. L'auteur proposait que les consultants soient supervisés lors de la prescription de médicaments potentiellement létaux et que tous les médecins soient fichés pour pouvoir rendre des comptes en cas de négligence.

Les choses semblent avoir peu évolué au Royaume-Uni au cours des années suivantes étant donnée l'affaire relatée dans l'article précédent. D'autant plus qu'elle met en cause des médicaments potentiellement létaux, l'application effective des propositions de cet article aurait empêché ce décès survenu 17 ans plus tard.

Dans leur article canadien de 2012, Pauline Pariser et al. affirment qu'au Canada les remplacements sont encore moins réglementés qu'en Europe et au Royaume-Uni. (30) En effet, au Canada c'est au médecin recruteur de s'assurer que le remplaçant soit en règle, notamment qu'il ait une assurance professionnelle. La réalisation d'un contrat (consignant les responsabilités de chacun, la répartition des recettes,...) est conseillée mais non obligatoire. Nous pouvons donc penser qu'un médecin recruteur canadien un peu laxiste et peu regardant pourrait faire courir des risques à sa patientèle en laissant travailler un remplaçant incompetent ou pire, qui n'ait jamais étudié la médecine !

Dans son guide du premier remplacement post-internat publié en 2005, Elizabeth Haney insiste sur l'intérêt pour le remplaçant de bien peaufiner son contrat. (31) Il s'agit encore d'un article canadien.

Elle conseille de réaliser un contrat écrit détaillé, si possible relu par un avocat. Le contrat doit préciser les modalités de travail, de paiement, de prise en charge des trajets et logements. Ne pas remplacer sans couverture en cas de faute professionnelle.

Encore une fois, c'est au remplaçant lui-même d'être attentif dans la réalisation de son contrat. Les instances et la législation ne sont pas là comme garde-fou pour protéger le jeune remplaçant inexpérimenté et le patient non plus comme vu précédemment.

La plupart des médecins généralistes sont satisfaits par les contrats qu'ils trouvent clairs, mais dans les faits tous n'en signent pas systématiquement. C'est pourtant une obligation ordinale.

Même si cela peut paraître fastidieux, nous ne pouvons que conseiller aux médecins d'en signer à chaque remplacement, afin d'éviter des affaires similaires à ce qui a pu se passer à l'étranger. Nous pouvons nous estimer bien lotis avec notre législation française, qui permet de protéger correctement les médecins et les patients.

2.7.2. Niveau de rémunération

Dans la majorité, les médecins généralistes remplaçants installés interrogés dans notre étude trouvent les conditions de rétrocession des remplaçants équitables. Ils leur sont reconnaissants de pouvoir se libérer pour leurs congés et d'assurer une continuité des soins à leurs patients.

Même si cela n'entame pas leur satisfaction, certains médecins sont toutefois nostalgiques des conditions de rétrocession qui avaient cours il y a une vingtaine d'années, plus favorables pour les installés.

Certains médecins assurent ne pas rentrer dans leurs frais, que chaque remplacement leur fait perdre de l'argent. Parfois en raison de conditions de rétrocession négociées pour fidéliser un remplaçant, mais pour d'autres quel que soit le pourcentage rétrocédé.

Enfin, certains médecins ont affaire à des remplaçants aux exigences financières plus importantes. En général ces expériences ne sont pas reproduites du fait du remplaçant, car il ne trouve pas son compte dans ce cabinet, que ce soit en activité ou en rétrocession d'honoraires.

L'analyse des entretiens avec les données personnelles et quantitatives des médecins interrogés dans notre étude a fait ressortir quelques éléments :

Les deux médecins qui s'avouent nostalgiques des anciennes conditions de rétrocession sont d'âge moyen (entre 40 et 60 ans) et exercent en milieu urbain et en association.

Dans un article américain de 1981 que nous détaillerons plus loin, il a été retrouvé que la productivité des remplaçants par rapport à celle du médecin remplacé est significativement plus élevée dans les cabinets d'exercice seul par rapport aux associations (97% contre 73%). (32) Il est donc logique que les médecins exerçant en association, dont la patientèle préfère souvent consulter l'associé plutôt que le remplaçant, soient nostalgiques des anciennes conditions de rétrocession qui leur seraient plus favorables. Dans notre étude, un médecin qui affirme ne pas rentrer dans ses frais exerce pourtant seul, les deux autres étant effectivement en association.

Concernant le lieu d'exercice, nous verrons ensuite que dans l'étude citée précédemment et effectuée en milieu rural, il est avantageux financièrement de se faire remplacer pour les installés. Dans la thèse de Jean-Christophe Walter effectuée à Paris, nous verrons que les médecins citent comme raison principale à ne plus se faire remplacer le coût excessif. (3) Il semblerait donc que l'exercice urbain apporte moins d'avantage à se faire remplacer sur le plan financier. Probablement car les patients ont plus de facilité à trouver un rendez-vous chez un confrère en leur absence qu'en milieu rural. L'activité du remplaçant s'en trouvant amoindrie. Les médecins exerçant dans ce milieu ont donc plus de raisons d'être nostalgiques des anciennes conditions de rétrocession qui leur étaient plus avantageuses. Parmi les trois médecins de notre étude affirmant ne pas rentrer dans leurs frais au cours des remplacements, deux exercent en milieu urbain et un en milieu semi-rural, ce qui corroborerait l'hypothèse selon laquelle se faire remplacer en milieu rural serait plus avantageux.

Nous avons déjà vu que certains médecins d'âge moyen de l'étude avaient effectué eux-mêmes des remplacements il y a une vingtaine d'années. Ils s'étaient déjà exprimés sur la nostalgie des conditions de rétrocession qui avaient cours à l'époque.

Les trois médecins qui rapportent avoir affaire à des remplaçants plus gourmands au niveau des conditions de rétrocession sont toutes des femmes.

Nous pouvons supposer que les remplaçants sont plus à même d'être revendicateurs dans leurs demandes financières avec des femmes. Peut-être qu'avec des hommes ils ont plus de crainte, osent moins se confronter dans des négociations d'ordre pécuniaires.

En France, quelques thèses ont interrogé les médecins généralistes installés sur la problématique financière quant à l'emploi ou non de remplaçants :

Dans la thèse de Gilles De Fornel (7), parmi les médecins qui ne se font pas remplacer, 7% citent le coût excessif comme raison. C'est le dernier critère cité. Parmi les médecins qui se font remplacer, 10% citent l'intérêt financier comme utilité du remplacement. C'est également le dernier critère cité. Dans cette étude, nous voyons que le critère financier influence peu sur l'intérêt ou non pour les généralistes à se faire remplacer.

Les origines des difficultés à trouver un remplaçant citées sont : 74% manque de remplaçants, 44% période souhaitée, 26% géographique, 14% activité, 5% financière. Nous ne pouvons pas savoir si ces difficultés financières sont liées à une difficulté à trouver un accord sur les modalités financières avec le remplaçant ou à assumer le remplacement qui coûterait de l'argent dans la gestion du cabinet.

Dans les incitations proposées pour faire venir les remplaçants, l'augmentation du pourcentage rétrocedé est citée largement en tête à 85% par les médecins installés. Ils pensent donc prépondérant l'intérêt financier des remplaçants.

Dans cette étude, nous remarquons donc que le versant financier du remplacement préoccupe peu les médecins installés, mais qu'ils considèrent que celui-ci est prépondérant pour leurs remplaçants.

Dans la thèse de Jean-Christophe Walter (3), ne sont pas interrogés les médecins qui ne se font pas remplacer, mais ceux s'étant fait remplacer par le passé mais ne se faisant plus remplacer. Ils citent en principale raison et à 34% le coût excessif. Ensuite, viennent les difficultés à trouver un remplaçant, les mauvaises expériences et le travail en association. Contrairement aux médecins dijonnais, les parisiens citent donc en premier le critère financier comme raison à ne pas se faire remplacer. Est-ce car les dépenses liées au fonctionnement du cabinet sont plus élevées à Paris qu'en province ? Ou car les médecins qui se sont déjà faits remplacer dans le passé ont effectivement constaté que cela coûte plus cher que ne rapporte ? Parmi les médecins qui se font remplacer, dans les avantages trouvés à se faire remplacer, « éviter de perdre de l'argent » est cité à 23%. C'est le dernier critère cité. Comme dans la thèse dijonnaise, les médecins accordent donc peu d'intérêt au critère financier dans la raison de se faire remplacer. La continuité des soins offerte à leurs patients est le premier critère cité comme avantage à se faire remplacer dans les deux thèses.

Dans la littérature étrangère, des articles affirment que de se faire remplacer durant ses absences évite de perdre de l'argent et peut même s'avérer rentable :

Nous avons déjà mentionné cet article américain de 1981 de AK. Kronhaus, par rapport à la productivité des remplaçants plus élevée dans les cabinets d'exercice seul par rapport aux associations. (32)

Dans l'étude réalisée, pour 85% des médecins ruraux qui emploient des remplaçants les recettes effectuées au cours du remplacement dépassent le coût du service du remplaçant. En supposant que les frais généraux du cabinet restent constants quand le médecin installé part, le coût en quittant son cabinet en employant un remplaçant était presque toujours moindre qu'en fermant le cabinet.

Comme nous l'avons vu dans notre étude et dans la littérature française, il apparaît que se faire remplacer en milieu rural est plus avantageux qu'en milieu semi-rural ou urbain.

L'article de 2013, « How can locum tenens help your practice (or you) ? », a été rédigé par Robert A. Dowling, urologue américain, mais peut être transposé à la Médecine Générale française. (33)

Il souligne l'intérêt à se faire remplacer pour les urologues américains. L'absence d'un médecin pour congés, maladie ou absence imprévue pouvant être dévastatrice pour un cabinet et ses patients. Sur le plan financier, le recrutement d'un remplaçant permet de continuer de produire des revenus et ainsi compenser les dépenses courantes de frais généraux du cabinet.

Effectivement, par extension, nous pouvons imaginer que de ne pas offrir une permanence des soins à ses patients pour un cabinet de Médecine Générale peut concourir à une mise en danger voir à un départ de patients de la patientèle. Sur le plan financier, les dépenses d'un cabinet sont principalement des dépenses courantes (loyer, salaire de secrétaire, etc.) et la fermeture temporaire du cabinet ne les suspend pas. Ceci est variable en fonction des charges et activités des cabinets, mais on peut penser que les dépenses de fonctionnement du cabinet sont comblées la plupart du temps par les recettes restantes après rétrocession.

Dans notre étude, certains médecins parlent de remplaçants plus gourmands en exigences financières. Dans la littérature, l'étude de leur point de vue permet d'évaluer le degré d'importance qu'ils accordent à leurs revenus :

Dans sa thèse de 2014, Adam Shahandeh interroge des remplaçants de Médecine Générale picards sur leurs critères de choix de remplacements. (34)

L'aspect financier est le troisième critère cité dans le choix d'un remplacement, après les critères géographiques et l'aménagement de l'emploi du temps. Ensuite, viennent l'organisation de l'activité du remplacé, puis l'entente avec ce dernier. Le pourcentage de rétrocession et le taux d'activité journalier ont été identifiés comme des facteurs influençant la recherche d'un remplacement.

Ici, nous constatons donc que l'intérêt financier de la plupart des remplaçants a une place importante mais non primordiale dans leur choix de remplacements. Ceci n'excluant pas que pour certains remplaçants cet intérêt puisse être le premier critère de choix.

L'étude britannique réalisée en 1999 par McKevitt C., Morgan M. et Hudson M. avait pour but d'analyser les raisons de choisir le remplacement comme mode d'exercice et les expériences en découlant. (35)

Lorsqu'il interroge les remplaçants sur les avantages à ce statut, ils citent : 40% temps restant pour d'autres activités, 33% intérêts financiers et 27% possibilité d'expérimenter différentes pratiques.

Comme dans l'étude française, l'intérêt financier est donc important mais non primordial. La qualité de vie passant avant dans les avantages cités à être remplaçant.

Dans l'article nord-américain de 2002, « Compensation monitor. For locum tenens physicians, money's not everything – but it's not bad », le rapport des remplaçants avec l'argent est mis en lumière. (36)

La compagnie de recrutement de remplaçants CompHealth, basée à Salt Lake City, rapporte que les revenus des médecins remplaçants sont comparables à ceux des médecins de famille et des internistes dans leurs premières années d'activité. Les avantages en nature, la fourniture du logement, le dédommagement du transport et l'assurance responsabilité professionnelle gratuite tendent à égaliser encore plus ces revenus. Dans l'étude de satisfaction de CompHealth, les revenus n'étaient pas un facteur spécifique, mais c'était une part importante de la satisfaction générale des remplaçants dans leur travail.

Aux États-Unis également, l'intérêt financier des remplaçants est donc un critère important mais non primordial.

Les médecins généralistes installés ne se font pas remplacer par intérêt financier, mais principalement pour assurer une continuité des soins à leurs patients. Ils sont globalement satisfaits des conditions de rétrocession offertes à leurs remplaçants. Ils pensent que l'augmentation de la part des remplaçants est le meilleur moyen de les inciter à travailler dans leur cabinet. Quelques remplaçants se montrent effectivement un peu gourmands. Cependant, lorsqu'on les interroge, l'intérêt financier des remplaçants revêt une place importante mais non primordiale.

Certains médecins se montrent nostalgiques des anciennes conditions de rétrocession, plus favorables pour les installés. C'est surtout le cas des médecins qui ont eux-mêmes remplacé il y a une vingtaine d'années, lorsque la recette était partagée en 50-50, tandis que de nos jours il s'agit plutôt de 80-20 et au mieux 70-30.

Enfin, pour certains médecins le remplacement leur ferait perdre de l'argent. Certains critères semblent effectivement liés à une moins bonne productivité des remplaçants (milieu urbain et travail en association). Toutefois, la grande partie des dépenses d'un cabinet continue de courir si le cabinet est fermé et le fait de pouvoir offrir à ses patients une continuité des soins est d'une valeur inestimable.

2.7.3. Communication

La grande majorité des médecins généralistes interrogés dans notre étude sont satisfaits des relations entretenues avec leurs remplaçants.

Au niveau de la forme, car elles sont cordiales. Et au niveau du fond, par la qualité des échanges professionnels avant et après les remplacements. La communication est principalement orale lors des échanges directs, ou manuscrite à travers les dossiers médicaux et transmissions papier laissées pour notifier les dossiers importants en cours.

Quelques médecins font toutefois remarquer que cette communication est souvent insuffisante, par des échanges trop courts ou trop rares.

L'analyse des entretiens avec les données quantitatives et personnelles a mis en évidence une chose :

Les trois médecins qui jugent la communication avec les remplaçants insuffisante sont d'âge moyen (entre 40 et 60 ans), exercent en milieu urbain et sont ceux qui ont le plus sollicité de remplaçants au cours des 3 dernières années (5 ou 6 au total, hors gardes).

Concernant l'âge, peut-être que ces médecins qui ont eux-mêmes remplacés il y a une vingtaine d'années trouvent que les échanges sont moins nombreux qu'à l'époque et le regrettent. Pour le milieu d'exercice, difficile d'établir un lien logique entre l'urbain et le manque de communication. Le fait d'avoir sollicité un plus grand nombre de remplaçants explique de façon très cohérente que les échanges avec chacun d'eux sont forcément moins nombreux et longs que si le médecin avait eu affaire à moins de remplaçants différents.

Dans la littérature, les études soulignent surtout l'importance de la communication entre les médecins installés et les remplaçants :

La thèse strasbourgeoise de 2010 d'Anne Herrenschmidt Kohler étudie la perception de la relation patient-médecin par les médecins généralistes remplaçants. (37)

Elle évoque aussi l'importance de la relation entre remplaçant et installé. Elle clarifie certaines consultations, permet un « retour » de la part du médecin installé et un recul sur les situations rencontrées. Les remplaçants hésitent parfois à transmettre au médecin remplacé des situations dans lesquelles celui-ci se serait trompé. À l'inverse, ils redoutent parfois le retour du médecin installé.

Le manque de communication ressenti par les médecins installés de notre étude est donc peut-être en partie causé par une crainte des remplaçants d'aborder certains sujets.

Dans la thèse de Nadège Gallet (10), une bonne relation est un facteur facilitant la pratique des médecins généralistes remplaçants. Le remplaçant est plus à même de demander des choses comme des modifications d'horaire, du temps de consultation, du nouveau matériel ou de parler des patients, des difficultés, des doutes, de demander des informations manquantes dans le dossier. Le remplacé peut exprimer ses attentes, ses mécontentements.

Les remplaçants concèdent qu'il y a en réalité peu de communication entre les médecins. Les remplaçants font peu de rétroaction des patients et ont peu de retour sur leur travail. Un temps de discussion, surtout en début de remplacement régulier, serait important.

Dans notre étude ce sont les médecins installés qui s'expriment, mais nous constatons donc que les remplaçants également ressentent le manque de communication.

La communication entre médecin installé et remplaçant est importante, pour faciliter les conditions de travail du remplaçant et assurer une bonne continuité des soins aux patients.

Les médecins généralistes installés en sont satisfaits, car elle est cordiale et professionnelle.

Elle se fait de manière orale, lors des entretiens précédant et succédant les remplacements, et de manière écrite par les dossiers médicaux et des transmissions papier.

Toutefois, elle est jugée insuffisante par quelques médecins. Probablement en partie par une crainte des remplaçants d'aborder certains sujets où l'installé se serait trompé ou bien là où eux auraient pu faire une erreur.

2.8. Ce qui pourrait amener à ne plus solliciter un remplaçant

Malgré les difficultés actuelles à trouver un remplaçant, tous les médecins généralistes installés interrogés dans notre étude ont donné une ou plusieurs raisons pour lesquelles ils pourraient ne pas signer un nouveau contrat avec un remplaçant, voire même pourraient le rompre en cours de remplacement.

La première cause citée est la mise en danger du patient, par faute médicale ou négligence. Viennent ensuite l'attitude irrespectueuse envers les patients et/ou la secrétaire, le non-respect des habitudes du médecin installé et du cabinet, le manque de fiabilité ou d'éthique, puis le manque de confraternité. Ce n'était pas vraiment le sujet de la question, mais certains médecins ont également cité la difficulté et le découragement à trouver un remplaçant comme raison de ne plus en solliciter.

L'analyse des entretiens en fonction des données quantitatives et personnelles des médecins interrogés a mis en évidence la chose suivante :

Les trois médecins qui citent comme raison de ne plus solliciter un remplaçant le manque de certaines qualités humaines (fiabilité, éthique et confraternité) sont tous des hommes d'âge moyen (entre 40 et 60 ans).

Les hommes d'âge moyen sont-ils plus à cheval sur ces qualités humaines que doivent posséder les remplaçants vis-à-vis d'eux-mêmes que sur des qualités professionnelles ou des qualités humaines vis-à-vis de leurs patients ?

Quelques études dans la littérature française et étrangère nous ont permis d'approfondir un peu plus le sujet :

Dans la thèse d'Anne-Sophie Querrec (4), lorsque les médecins généralistes bretons étaient interrogés sur leurs critères de choix des remplaçants, ils répondaient : 81,7% aucun critère, 7,4% son expérience et 1,7% sexe. Dans cette thèse, 54% des médecins évoquaient des difficultés à se faire remplacer, contre 46% ne trouvant pas cela difficile.

Nous constatons donc que, même si la difficulté à se faire remplacer par ces médecins installés n'est pas excessive, leurs critères de choix des remplaçants ne sont pas précis. Par confiance dans leur formation et par la rareté des épisodes d'insatisfaction, probablement que les installés ne sont pas trop regardants lors du recrutement des remplaçants.

Dans la thèse de François Rampont (5), les médecins généralistes installés sont interrogés sur le motif qui les entrainerait à ne plus reprendre un remplaçant : Pour 53,1% ce serait pour un motif relationnel, 15,6% thérapeutique et 12,5% administratif (tenue des dossiers, de la comptabilité).

Contrairement à notre étude, où la grande majorité des médecins citent en premier un motif thérapeutique (la mise en danger du patient), ici c'est le motif relationnel qui est largement cité en premier. Le versant administratif, cité par les médecins dans les deux études, arrive également après ces deux principaux motifs. Notre étude étant qualitative et celle-ci

quantitative, nous ne nous hasarderons pas à conclure sur une quelconque signification de cette différence de résultats.

Dans l'article canadien d'Elizabeth Haney prodiguant des conseils aux jeunes remplaçants sortant de l'internat, il est suggéré de prévoir dans le contrat une clause de rupture. (31) Pour permettre aux deux parties d'arrêter le remplacement prématurément. Si la pratique du remplaçant dévie trop de celle du cabinet, ou si la situation pour lui n'était pas celle annoncée. Cette idée serait à creuser pour le modèle de contrats que fournit l'Ordre des Médecins sur son site internet (Annexe 3). En effet, dans celui-ci aucune clause de ce type ne facilite la rupture du contrat en cours si une raison justifiée la nécessitait.

Que les médecins généralistes installés aient des difficultés ou non à en trouver, il semble qu'ils ne soient pas spécialement exigeants sur les critères de choix de leurs remplaçants. Probablement par la confiance qu'ils ont dans leur formation et la rareté des épisodes d'insatisfaction.

Cependant, lorsqu'on les interroge, les médecins qui se font remplacer citent tous une raison pour laquelle ils ne retravailleraient pas avec un remplaçant ou même pourraient rompre un contrat en cours. Dans notre étude, le motif le plus cité est la mise en danger du patient, par faute médicale ou négligence. Ensuite sont cités les motifs relationnels, puis administratifs et de la gestion du cabinet et pour finir le manque de qualités humaines du remplaçant envers l'installé qui tiennent surtout à cœur des médecins hommes d'âge moyen.

Dans le modèle de contrat fourni par l'Ordre des Médecins, aucune clause de rupture de contrat en cours n'est présente. Son ajout pourrait se discuter et être utile dans des situations où remplacés et/ou remplaçants peuvent se retrouver dans des situations inattendues et délicates en cours de contrat.

2.9. Suggestions pour améliorer l'expérience du remplacement

Pour terminer, nous avons demandé aux médecins généralistes installés de notre étude s'ils avaient des suggestions pour améliorer encore l'expérience du remplacement. Que ce soit pour eux-mêmes, leurs remplaçants et leurs patients.

La moitié des médecins cite le fait d'avoir un remplaçant régulier. Pour l'installé ceci élimine la difficulté du recrutement, pour le remplaçant élimine le temps d'adaptation au cabinet et à la pratique du remplacé et pour le patient élimine l'obstacle de l'interlocuteur inconnu. Globalement, c'est la confiance des trois parties qui est augmentée pour un meilleur travail en synergie.

Ensuite, sont cités la conscience avec laquelle remplacé et remplaçant réalisent la continuité des soins, le fait de recruter un ancien étudiant pour un maître de stage, la réalisation d'une période d'immersion dans le cabinet, la réalisation d'un débriefing, un remplaçant « local » qui connaisse le territoire de santé et le remplacement dans une maison médicale.

Mis à part le fait de recruter un ancien étudiant, un remplaçant « local » et remplacer dans une maison médicale qui sont dépendantes des remplaçants et du lieu d'exercice, les autres suggestions sont indépendantes de quoi que ce soit et pourraient être appliquées partout et par tous les médecins pour améliorer encore les expériences de remplacement.

L'analyse des entretiens avec les données personnelles et quantitatives des médecins interrogés a mis en évidence la chose suivante :

Les deux médecins installés qui suggèrent la réalisation d'une période d'immersion avant les remplacements pour en améliorer l'expérience font partie de ceux qui ont sollicité le plus de remplaçants au cours des trois dernières années (5 remplaçants chacun).

En recrutant souvent un remplaçant différent, on imagine bien que les médecins installés doivent à chaque fois représenter le cabinet et réexpliquer son fonctionnement. Les installés doivent également avoir conscience qu'à chaque début de remplacement les nouveaux remplaçants doivent avoir un temps d'adaptation où ils sont moins à l'aise et moins efficaces. Il apparaît donc logique que pour eux une période d'immersion avec chaque nouveau remplaçant serait d'autant plus utile : avec plus de temps pour expliquer le fonctionnement du cabinet et les habitudes avec les patients, le remplaçant serait d'autant plus à l'aise et efficace dès le début de sa prise de fonction seul dans le cabinet.

Plusieurs articles dans la littérature étrangère sont en réalité des guides énumérant plusieurs suggestions pour que les remplacements se passent le mieux possible :

Analysons d'abord l'article canadien de Joshua Tepper « Locum tenens. Having a win-win experience. » publié en 2003. (38)

Il liste les suggestions à destination des médecins remplacés, puis celles à destination des remplaçants.

Pour les remplacés, c'est d'abord bien considérer le remplaçant, car il est appréciable de le fidéliser pour des remplacements futurs. Ceci recoupe la première suggestion des médecins de notre étude qui considèrent qu'un remplaçant régulier est la meilleure façon d'améliorer l'expérience du remplacement. Ensuite, l'auteur s'attarde sur les choses à réaliser pour mettre le mieux possible en condition le remplaçant, pour une meilleure continuité des soins. Ceci étant la deuxième suggestion dans notre étude.

Pour les remplaçants, c'est d'abord faire preuve de qualités humaines telles que la confraternité et l'éthique. Ensuite sont également énumérées des choses à réaliser pour une bonne continuité des soins : que ce soit un respect des pratiques habituelles lors de l'absence de l'installé et une transmission des informations à son retour.

Dans cet article, pour améliorer l'expérience du remplacement l'auteur met surtout l'accent sur la deuxième suggestion citée par les médecins généralistes interrogés dans notre étude : la conscience avec laquelle remplacé et remplaçant doivent assurer la continuité des soins.

Un autre article canadien, « Maximiser l'expérience des remplaçants » a été publié en 2012 par Pauline Pariser et al. (30)

Il liste également les suggestions pour les remplacés, puis pour les remplaçants, afin d'améliorer les expériences de remplacement.

Pour les remplacés, il cite les entrevues d'embauche et de sortie. Les médecins dans notre étude n'ont cité que le débriefing, pas l'entrevue initiale. Probablement car l'entrevue initiale doit être quasiment systématiquement réalisée dans les faits, *a contrario* du débriefing. Ceci étant souvent du fait des remplaçants qui ne sont pas forcément disponibles la semaine suivante, comme le dit un des médecins interrogés dans notre étude : *M00 : "C'est que souvent ça va vite maintenant, ils quittent et puis le lundi ils seront quelque part ailleurs donc on a, on a pas vraiment de débriefing l'un en face de l'autre en disant comment ça s'est passé, comment tu te sens, etc. Euh... ça fait euh... c'est pareil ça fait... il fut un temps, oui. Il*

y avait une séance où il venait, on discutait un peu, il amenait la caisse, etc. Maintenant en général la semaine suivante il est ailleurs et il a pas trop le temps de faire ce débriefing.

Pour les remplacés également, sont cités la préparation des patients et de l'espace physique. Ceci fait partie de la conscience à avoir pour une meilleure continuité des soins.

Pour les remplaçants, c'est encore la conscience dans la continuité des soins. Par l'équilibre à trouver entre sa pratique et celle du médecin remplacé et par la transmission correcte des informations médicales au retour du remplacé.

Dans cet article, l'accent est donc encore mis sur la conscience que doivent avoir remplacé et remplaçant dans la continuité des soins pour que l'expérience du remplacement se passe au mieux. La suggestion de réaliser un débriefing, retrouvée dans notre étude est également citée ici par l'auteur.

« Resident's guide to your first locum tenens. What do you have planned after residency ? » est encore un article canadien publié en 2005 par Elizabeth Haney. (31)

Ce guide est destiné aux jeunes remplaçants qui sortent de l'internat et les suggestions sont donc principalement destinées à améliorer leur propre expérience du remplacement.

Initialement, l'article énumère des conseils pour préparer le remplacement et son contrat au mieux. L'auteur conseille de réaliser une période test de 1 ou 2 jours dans le cabinet quand le médecin recruteur est présent pour aider à orienter le remplaçant dans la pratique et avec le personnel. Nous retrouvons donc la notion de période d'immersion suggérée par des médecins dans notre étude. Les autres conseils énumérés concernant le déroulement et la fin du remplacement ont pour objectif d'améliorer la continuité des soins. Enfin, l'auteur évoque également l'intérêt d'un débriefing.

Dans cet article destiné aux remplaçants, on retrouve encore la prépondérance d'une conscience à réaliser une bonne continuité des soins pour améliorer l'expérience du remplacement. Comme dans notre étude, les suggestions d'organiser une période d'immersion avant le remplacement et un débriefing après sont émises.

La première suggestion émise par les médecins de notre étude, à savoir bénéficier d'un remplaçant régulier, n'a été que très peu abordée dans ces articles étrangers. La thèse de Nadège Gallet analysant les facteurs influençant la pratique des médecins généralistes remplaçants permet d'approfondir l'intérêt du remplacement régulier. (10)

En effet, les remplaçants interrogés dans ce travail considèrent que le remplacement régulier est bénéfique pour leur travail. Permet la connaissance des lieux, de l'informatique, des dossiers et des patients. Concourt à moins de perte de temps. Avec les patients une confiance s'installe, une relation thérapeutique s'établit, il y a moins de réticences. Permet également à remplacé et remplaçant de plus communiquer, mieux se connaître.

Lorsque nous avons interrogé les médecins généralistes installés dans notre étude sur les suggestions qui pourraient encore améliorer l'expérience du remplacement, ils ont cité pour la moitié l'intérêt d'avoir un remplaçant régulier. Il est certain que ceci améliore l'expérience du remplacement pour le remplaçant, les patients et aussi eux-mêmes en facilitant le recrutement et diminuant le temps passé à expliquer le fonctionnement du cabinet.

Les médecins citent ensuite la conscience avec laquelle eux-mêmes et leurs remplaçants doivent assurer la continuité des soins. C'est ce point qui est le plus abordé dans les articles faisant office de guides pour une meilleure expérience du remplacement.

Cités par nos médecins et dans la littérature, on retrouve également les suggestions de réaliser une période d'immersion du remplaçant dans le cabinet avant le remplacement et un débriefing à l'issue du remplacement.

Les autres suggestions évoquées par les médecins dans notre étude sont dépendantes des remplaçants et du lieu d'exercice, donc non reproductibles pour tous les remplaçants et remplacements : recruter un ancien étudiant pour un maître de stage, recruter un remplaçant « local » et remplacer dans une maison médicale.

2.10. L'évocation spontanée des difficultés devant le remplacement

Les médecins généralistes installés de notre étude n'ont pas été interrogés concernant leurs difficultés face au remplacement lors des entretiens. Mais nombre d'entre eux les ont spontanément évoquées.

Leurs difficultés actuelles, tout d'abord. Simplement à trouver un remplaçant disponible pour pallier leurs absences. Choisir ses dates de vacances semble devenir pour eux utopique et se faire remplacer au pied levé pour une absence imprévue relever de l'impossible.

D'autres médecins sont inquiets pour l'avenir. Personnellement à l'anticipation du moment où leur remplaçant régulier ne pourra plus les remplacer et qu'ils devront en rechercher un autre. Et généralement, d'autres médecins s'inquiètent pour l'avenir de la santé publique française étant donnée l'aggravation démographique de la pénurie en médecins généralistes et en remplaçants également.

De nombreuses études dans la littérature ont soulevé la question des difficultés qu'éprouvent les médecins généralistes installés pour se faire remplacer. Leurs résultats peuvent permettre d'éclairer un peu les propos exprimés spontanément par les médecins installés de notre étude :

Dans la thèse d'Anne-Sophie Querrec (4), les médecins généralistes installés affirment à 54% éprouver des difficultés à se faire remplacer contre 46% n'en éprouvant pas. Ils considèrent qu'il est de plus en plus difficile de se faire remplacer pour 40,8% d'entre eux. 33,3% trouvent que c'est identique, 18,4% que ça n'a jamais été difficile et 7,5% que c'est de moins en moins difficile. La source de ces difficultés est pour 44,2% des médecins remplacés due à la disponibilité des remplaçants et pour 42,2% à un effectif insuffisant de remplaçants. Dans ses analyses statistiques uni-variées, l'étude a retrouvé une surreprésentation du mode d'exercice urbain dans le groupe « avec difficultés ».

Les difficultés face au remplacement sont donc bien ressenties par les médecins généralistes installés lorsqu'on les interroge directement à ce sujet. Malgré la démographie qui tend à s'inverser avec augmentation des effectifs de remplaçants et diminution du nombre d'installés, les médecins qui se font remplacer ressentent un accroissement de ces difficultés. Qui plus est, c'est selon eux le nombre insuffisant de remplaçants et leur disponibilité qui est à la source de ces difficultés. Comme dans notre étude, ce travail a fait ressortir des difficultés accrues à se faire remplacer pour les médecins qui exercent en milieu urbain.

Dans l'étude de Jean-Christophe Walter (3), parmi les médecins interrogés qui ne se font pas remplacer (44%), 59% se sont déjà fait remplacer dans le passé. Pour environ un tiers d'entre eux (29%), la raison étant les difficultés à trouver un remplaçant. Les médecins de l'étude

trouvent pour 58% d'entre eux qu'il est plus difficile de trouver un remplaçant que dans le passé, 22% ne trouvant pas que c'est plus difficile.

Comme dans l'étude précédente, nous retrouvons ici la tendance qu'ont les médecins installés à ressentir une accentuation des difficultés à se faire remplacer. Les chiffres sont même plus élevés dans cette étude. Peut-être car elle a été réalisée à Paris, et nous avons vu que les difficultés sont majorées en milieu urbain. Pour certains, ces difficultés les ont déjà résignés et ils ne se font plus remplacer pour ce motif.

Dans la thèse de François Rampont (5), les médecins généralistes installés interrogés pensent pour 89,5% d'entre eux qu'il est plus difficile de trouver un remplaçant qu'il y a dix ans, 11,5% que c'est identique, personne ne trouvant que c'est plus facile.

Des remplaçants ont également été interrogés et leur point de vue est intéressant. Trouver un remplacement est considéré facile par 69% d'entre eux, moyennement facile pour 27,6% et difficile pour 3,4%. Lorsqu'on les interroge sur le type d'installation qu'ils envisagent, 28% des remplaçants ne savent pas où ils veulent s'installer, mais 56% souhaite exercer à la campagne contre 16% seulement souhaitant exercer en ville.

En interrogeant médecins installés et remplaçants, nous constatons bien que les difficultés ressenties par les installés à se faire remplacer se traduisent « en miroir » par des facilités ressenties par les remplaçants à trouver des remplacements. Ceci laisse à penser que c'est bien une question de déséquilibre des effectifs persistant et de loi d'offre et de demande inégale qui conduit à ces difficultés qu'expriment les médecins généralistes face au remplacement.

Dans leur ouvrage « Singuliers généralistes. Sociologie de la Médecine Générale » publié en 2010, Géraldine Bloy et François-Xavier Schweyer abordent brièvement le sujet du remplacement. (39)

Il y est rapporté que la question des remplaçants plus ou moins faciles à trouver est aussi souvent évoquée comme un élément pris en compte pour choisir un lieu d'installation.

Cela recoupe bien ce que nous avons vu dans les deux études précédentes. En effet, si les médecins ont plus de difficultés à se faire remplacer en milieu urbain c'est parce que les remplaçants affectionnent moins d'y travailler. Leurs projets d'installation privilégient aussi l'exercice à la campagne. Pour une certaine qualité de vie, mais probablement en partie aussi, comme le suggère cet ouvrage, par la perspective d'avoir plus de facilité à se faire remplacer.

L'article britannique publié en 2000 de Morgan M, McKewitt C et Hudson M, étudiant l'utilisation des remplaçants et la satisfaction des généralistes envers ceux-ci, retrouve les mêmes problématiques qu'en France. (8)

En effet, 64,2% des médecins généralistes installés déclarent avoir eu des difficultés à trouver un remplaçant. Comme dans notre étude et les précédentes, les médecins en urbain ont plus de difficulté qu'en rural, et ce de façon significative.

Un autre article britannique, publié en 1999 et des mêmes auteurs, a étudié les motivations et expériences des remplaçants. (35)

80% des remplaçants interrogés trouvent facile de trouver un remplacement. 75% préfèrent exercer en non-urbain ou rural.

Comme vu précédemment dans les études françaises, le ressenti des remplaçants est cohérent avec celui des médecins remplacés. À savoir que la facilité pour les remplaçants à trouver un remplacement se traduit par des difficultés à trouver un remplaçant pour les remplacés ; c'est la loi de l'offre et de la demande. Et que l'attrait de la campagne par les remplaçants se traduit par des difficultés accrues à trouver un remplaçant pour les médecins généralistes installés exerçant en ville.

La difficulté face au remplacement est un sujet sensible, qui inquiète les médecins généralistes installés. En effet, sans être l'objet de questions dans les entretiens de notre étude, c'est un sujet qui a été abordé spontanément par nombre d'entre eux.

Malgré une démographie qui s'inverse, avec un pool de remplaçants qui augmente et un nombre de médecins installés qui diminue, les difficultés semblent persister voire s'accroître. Les médecins généralistes interrogés dans les différentes études, en France comme à l'étranger, ressentent de plus en plus de difficultés à trouver un remplaçant depuis les dernières années. Pour les médecins qui n'éprouvent pas de difficultés à l'heure actuelle (ayant un remplaçant régulier ou étant maître de stage par exemple), les craintes sont dirigées vers l'avenir : pour eux-mêmes lorsque leur situation de confort n'existera plus ou pour l'état de la santé publique française en général.

Dans notre étude, tout comme dans celles de la littérature française et étrangère, les difficultés à trouver un remplaçant sont accrues pour les médecins généralistes exerçant en milieu urbain. En effet, lorsque l'on interroge les remplaçants, ceux-ci préfèrent exercer en milieu rural et y envisagent également leur installation future.

CONCLUSION

L'objectif de notre étude était, en analysant qualitativement les expériences de remplacement du point de vue des médecins généralistes installés, de conclure s'ils avaient toujours, en 2016, un intérêt à se faire remplacer lors de leurs absences.

À travers l'analyse des entretiens réalisés auprès des douze médecins lorrains de l'étude et de la littérature, nous pouvons affirmer que l'expérience du remplacement pour le médecin généraliste installé est toujours aussi positive.

Des médecins de notre étude ont exprimé spontanément leurs difficultés actuelles ou leurs craintes de l'avenir face au remplacement. Malgré la démographie qui s'inverse, trouver un remplaçant est de plus en plus compliqué, surtout pour les médecins exerçant en milieu urbain.

Mais comme le dit l'adage, le jeu en vaut la chandelle et l'expérience du remplacement semble laisser peu de place aux mauvaises surprises. Les efforts consentis à trouver un remplaçant se concluent généralement positivement, pour le médecin installé et ses patients. Il peut concourir aussi à un enrichissement des pratiques du médecin installé et de ses relations avec ses patients.

En effet, dans notre étude, les médecins généralistes installés sont globalement satisfaits de leurs remplaçants. Ils apprécient leurs compétences professionnelles et médicales. C'est surtout la manière dont les remplaçants peuvent se calquer à leur pratique, avec un certain mimétisme, qui leur apporte le plus de satisfaction.

Les mauvaises expériences de remplacement restent des épiphénomènes. De la même manière, un remplaçant dont la pratique s'éloigne trop de la leur est la source principale d'insatisfaction des médecins remplacés.

La satisfaction de leurs patients vis-à-vis du remplaçant est également très importante pour les médecins installés. Ils n'ont souvent pas besoin de questionner leurs patients, les retours se faisant oralement et spontanément lors de la consultation suivant celle de la rencontre avec le remplaçant. Dans notre étude, les patients dépeignent généralement à leur médecin traitant

une image positive du remplaçant. Principalement sur des critères subjectifs relationnels. Les retours négatifs concernent surtout la méfiance qu'ils ont pu avoir envers cet interlocuteur ponctuel, souvent un médecin inconnu et jeune.

Découlant de ce manque de confiance, certains patients vont solliciter leur médecin traitant à son retour pour discuter ou faire modifier une prescription. Certains n'auront pas suivi un traitement pourtant important prescrit par le remplaçant. Ces comportements peuvent agacer certains médecins, car c'est une charge supplémentaire de travail à leur retour de congés. L'intérêt du remplacement reste toutefois supérieur et la sollicitation du médecin installé à son retour reste moindre que s'il avait fermé le cabinet.

Les entretiens nous ont permis de réaliser que le remplacement pouvait également être source d'enrichissement pour le médecin généraliste installé.

Dans sa pratique tout d'abord, en découvrant celles de jeunes remplaçants dont les études universitaires et les stages hospitaliers sont encore proches. Permettant parfois une mise à jour de recommandations ou la découverte de pratiques modernes ayant cours à l'hôpital.

Ensuite, dans ses relations avec ses patients. Ceux-ci étant reconnaissants de leur assurer une continuité des soins et de par la rencontre avec des remplaçants souvent compétents. Même les mauvaises expériences, gérées efficacement par les installés, concourent généralement à un renforcement de cette relation médecin-patient.

Les médecins installés sont globalement satisfaits des relations contractuelles entretenues avec leurs remplaçants.

Les contrats sont clairs selon eux, même s'ils ne sont pas toujours réalisés dans la pratique.

Les conditions de rémunération leurs semblent équitables, même si certains médecins affirment ne pas rentrer dans leurs frais. Ce point est discutable, mais offrir une continuité des soins à leurs patients est d'une valeur inestimable.

Enfin, la communication est bonne selon eux, quoique insuffisante pour certains.

Trouver un remplaçant peut s'avérer très difficile et les expériences d'insatisfaction sont rares, mais tous les médecins de notre étude ont cité une raison qui les conduirait à ne plus signer de nouveau contrat avec un remplaçant, voire rompre celui en cours. Ce serait principalement une mise en danger du patient, par faute médicale ou négligence.

Les médecins interrogés ont pu émettre des suggestions pouvant permettre d'améliorer encore l'expérience du remplacement pour leurs patients, les remplaçants et eux-mêmes. La présence d'un remplaçant régulier a été majoritairement citée. Puis la conscience des médecins remplacé et remplaçant à assurer une bonne continuité des soins. Et enfin l'existence de véritables entretiens avant et après les remplacements.

En somme, l'expérience du remplacement pour le médecin généraliste installé reste très positive. Les motifs d'insatisfaction sont rares. Le remplacement, souvent effectué par un médecin plus jeune que l'installé, peut être la source d'un enrichissement pour le remplacé, ses patients, et les relations qu'ils entretiennent entre eux.

La démographie médicale française évolue : moins d'installés, plus de remplaçants qui parfois envisagent ce type d'activité pour toute leur carrière. Les difficultés à trouver un remplaçant vont probablement finir par s'estomper. Ainsi, il sera intéressant d'étudier l'évolution ressentie de ces difficultés et des expériences de remplacement. Sera-t-il toujours aussi intéressant pour les médecins généralistes installés de se faire remplacer en 2036 ?

BIBLIOGRAPHIE

1. ATLAS DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 2016 - atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf [Internet]. [cité 12 déc 2016]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
2. Code de la santé publique - Article L4131-2. Code de la santé publique.
3. Walter J-C. Difficultés et attentes du médecin généraliste vis-à-vis du médecin remplaçant à Paris [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
4. Querrec A-S. Remplacement: les difficultés du remplacé [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2013.
5. Rampont F. Le remplacement de médecine générale: Etat des lieux dans le Bas-Rhin [Thèse d'exercice]. [Strasbourg, France]: Université Louis Pasteur; 2006.
6. Mondelin P. Vision des médecins généralistes installés sur les prescriptions de leur remplaçant lors du suivi des patients chroniques [Thèse d'exercice]. [France]: Université Jean Monnet (Saint-Étienne). Faculté de médecine Jacques Lisfranc; 2014.
7. Fornel G de. Pratiques et attentes des médecins généralistes de Côte d'Or vis-à-vis des médecins remplaçants: approche descriptive et qualitative de leurs besoins et des difficultés rencontrées [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bourgogne; 2013.
8. Morgan M, McKevitt C, Hudson M. GPs' employment of locum doctors and satisfaction with their service. *Fam Pract.* févr 2000;17(1):53-5.
9. Bidet A. Facteurs influençant la réalisation de la prescription médicamenteuse des médecins remplaçants en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2015.

10. Gallet N. Analyse des facteurs influençant le travail du médecin généraliste remplaçant [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
11. Pelletier-Hubault A, Cathebras P, Vallée J. Suivi de pathologies chroniques en médecine générale Le point de vue des remplaçants sur le renouvellement des prescriptions. *Médecine*. 2013;9(9):424-9.
12. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. 2006 [cité 3 févr 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
13. Robin A. Le ressenti et les attentes du médecin généraliste vis-à-vis de son remplaçant [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2016.
14. Juste S. Perception du médecin remplaçant en médecine générale par le patient et son évolution au cours des vingt dernières années [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Reims Champagne-Ardenne; 2015.
15. Camus Chirol C. Les patients sont-ils satisfaits du remplacement de leur médecin?: enquête auprès de patients de médecins généralistes des Yvelines et des Hauts de Seine [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2009.
16. Petrigny L. Perception par les patients du remplaçant de leur médecin traitant habituel [Thèse d'exercice]. [Saint-Etienne, France]: faculté de médecine; 2012.
17. Bresson-Benbrahim É. Perception du médecin généraliste remplaçant: analyse qualitative et statistique textuelle [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2013.
18. Lesage F. Les attentes des patients vis à vis du médecin remplaçant en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2010.
19. Lotfi M. Un aspect de la relation médecin-malade: les refus opposés aux demandes des patients [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.

20. Reach G, Guedj-Meynier D, Darné B, Herpin D. Factors associated with medication non-adherence in uncontrolled hypertensive males and females: ODACE study. *Ann Cardiol Angeiol (Paris)*. juin 2015;64(3):222-6.
21. Krzesinski JM, Krzesinski F. Importance of a bad adherence to the antihypertensive treatment in the hypertensive population. How to improve it ? *Rev Med Liege*. juin 2010;65(5-6):278-84.
22. Scheen A, Giet D. Non-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions. *Rev Médicale Liège*. 2010;65(5-6).
23. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale: peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
24. Riddick FA. Locum tenens. *Ochsner J*. 2013;13(2):186-9.
25. Bonnin G. Le remplacement en médecine générale: outil d'analyse des pratiques médicales ? [Thèse d'exercice]. [S.l, 2000, France]: Université de Poitiers;
26. Freymann Y. Le médecin remplaçant: une place spécifique pour la parole ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine;
27. les_replacements.pdf [Internet]. [cité 9 févr 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/les_replacements.pdf
28. Godlee F. Time to face up to the locums scandal. *BMJ*. 2010;(340):c3519.
29. Macherla R. Locum doctors. Are undervalued. *BMJ*. 6 nov 1993;307(6913):1212.
30. Pariser P, Biancucci C, Shaw SN, Chernin T, Chow E. Maximizing the locum experience. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. déc 2012;58(12):1326-1328, e688-691.
31. Haney E. Residents' guide to your first locum tenens. What do you have planned after residency? *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. nov 2005;51:1576-7, 1580-1.
32. Kronhaus AK. An organized locum tenens service and the cost of free time for rural physicians. *Med Care*. déc 1981;19(12):1239-46.

33. Robert A. Dowling MD. How can locum tenens help your practice (or you)? [Internet]. Urology Times. 2013 [cité 30 janv 2017]. Disponible sur: <http://urologytimes.modernmedicine.com/urology-times/news/user-defined-tags/robert-dowling/how-can-locum-tenens-help-your-practice-or-you>
34. Shahandeh A. Exploration des critères déterminant le choix des remplaçants de médecine générale en Picardie: à propos d'une enquête auprès de jeunes médecins remplaçants [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2014.
35. McKeivitt C, Morgan M, Hudson M. Locum doctors in general practice: motivation and experiences. Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract. juill 1999;49(444):519-21.
36. Compensation monitor. For locum tenens physicians, money's not everything--but it's not bad. Manag Care Langhorne Pa. oct 2002;11(10):19.
37. Herrenschmidt Kohler A. Perceptions de la relation patient-médecin par les médecins généralistes remplaçants: Recherche qualitative par la methode des focus groups [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Strasbourg (2009-....). Faculté de médecine; 2010.
38. Tepper J. Locum tenens. Having a win-win experience. Can Fam Physician Médecin Fam Can. sept 2003;49:1179-80.
39. Bloy G, Schweyer F-X. Singuliers généralistes: sociologie de la médecine générale. Rennes, France: Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2010; 2010. 423 p.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Code d'anonymisation :

Nom du médecin :

Sexe :

Âge :

Lieu d'exercice (urbain, périurbain, rural) :

Mode d'exercice (seul, association) :

Nombre d'années depuis l'installation :

Nombre de semaines/an avec recours à un remplaçant au cours des 3 dernières années :

Nombre de remplaçants sollicités au cours des 3 dernières années (hors gardes) :

Facilité/Difficulté à trouver un remplaçant :

- Quels sont vos points de satisfaction et d'insatisfaction envers les remplaçants que vous avez pu solliciter durant toute votre carrière, notamment concernant leurs prescriptions, gestion du cabinet, conduite avec les patients, associé(e)(s) et/ou secrétaire ?
- De quelle manière vos patients vous font-ils retour de leur rencontre avec le remplaçant et quels sont leurs principaux points de satisfaction ou d'insatisfaction ?
- Quel est le niveau d'observance de vos patients aux prescriptions du remplaçant (consultation pour faire valider une modification de traitement, discuter d'une prise en charge ou la faire modifier) ?
- Dans quelle mesure vos remplaçants ont-ils pu influencer votre propre pratique de médecin installé ?
- Et comment ont-ils pu influencer sur vos relations avec vos patients (réprimande sur le choix d'un remplaçant, perte de confiance ou au contraire renforcement) ?
- Comment jugez-vous les relations contractuelles avec vos remplaçants, notamment contrat, niveau de rémunération, communication ?
- Qu'est-ce qui pourrait vous amener à ne plus solliciter un remplaçant, malgré les difficultés actuelles à en trouver ?
- Comment, à votre niveau, pensez-vous pouvoir améliorer l'expérience du remplacement pour vos patients, le remplaçant et vous-même, médecin remplacé.
- Autre chose à rajouter ? Qu'avez-vous pensé de l'entretien ?

Annexe 2 : Données quantitative des médecins interrogés

	Sexe	Age	Années d'installation	Lieu d'exercice	Mode d'exercice	Nb de semaines/en avec recours à un remplaçant au cours des 3 dernières années	Nb de remplaçants sollicités au cours des 3 dernières années (hors gardes)	particularités	Facilité/Difficulté à trouver un remplaçant	Durée de l'entretien
M00	M	53	23	Urbain	Association	7	5	MSU	Difficile	14/23
M01	F	51	21	Urbain	Association	7	6		Difficile	9/10
M02	M	57	27	Urbain	Association	11	1		Facile, car un remplaçant régulier	15/55
M03	F	32	3	Rural	Maison pluridisciplinaire	6	5		Difficile	13/40
M04	F	63	32	Urbain	Seule	4	3		Extrêmement difficile	14/18
M05	F	54	25	Urbain	Seule	2	1		De plus en plus difficile	11/53
M06	F	45	10	Urbain	Seule	7	5		Ponctuellement facile	14/19
M07	M	51	19	Semi-rural	Association	10	3		Moyennement facile	15/41
M08	F	34	3	Urbain	Association	7	4		Facile, car un remplaçant régulier	14/01
M09	F	48	11	Urbain	Seule	7	2	MSU	Difficile	13/09
M10	M	56	24	Rural	Maison pluridisciplinaire	6	4		Difficile	13/49
M11	F	56	28	Semi-rural	Seule	7	2	MSU	Facile	14/20

Annexe 3 : Modèle de contrat de remplacement (Site internet de l'Ordre des Médecins)



Modèle de contrat de remplacement en exercice libéral

(Articles 65 et 91 du code de déontologie figurant dans le Code de la Santé publique
sous les numéros R.4127-65 et R.4127-91)

Remplacement par un médecin inscrit au Tableau

adopté le 9 février 1996
MAJ oct.2008

Entre

le Docteur X... (indiquer les qualités et numéro d'inscription au Tableau) exerçant à ...

d'une part

Et

le Docteur Y... (indiquer les qualités, adresse et numéro d'inscription au Tableau de ...)
Immatriculé à l'URSSAF, sous le n°.....

d'autre part

PREAMBULE

Face à l'obligation déontologique qui est la sienne d'assurer la permanence des soins et conformément aux dispositions de l'article R.4127-65 du code de la santé publique (article 65 du code de déontologie médicale), le Dr X. a contacté le Dr Y. médecin remplaçant pour prendre en charge, lors de la cessation temporaire de son activité professionnelle habituelle, les patients qui feraient appel à lui.

Pour permettre le bon déroulement de ce remplacement, le Dr X... met à la disposition du Dr Y. son cabinet de consultation, sis ... (adresse) et son secrétariat.

Le Docteur Y. assume de ce fait toutes les obligations inscrites dans le code de déontologie. Il ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.

.../...

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1er

Dans le souci de la permanence des soins, le Dr X. charge le Dr Y., qui accepte, de le remplacer temporairement auprès des patients qui feraient appel à lui.

Les patients devront être avertis, dès que possible, de la présence d'un médecin remplaçant et notamment lors de toute demande de visite à domicile ou de rendez-vous au cabinet médical.

Le Dr Y. devra consacrer à cette activité tout le temps nécessaire selon des modalités qu'il fixera librement (1). Il pourra, avec l'accord préalable du Dr X., exercer une autre activité médicale, y compris dans les locaux du Dr X.(2) (3)

Il s'engage à donner, à tout malade faisant appel à lui, des soins consciencieux et attentifs dans le respect des dispositions du code de déontologie.

Hors le cas d'urgence, le médecin remplaçant pourra, dans les conditions de l'article R.4127-47 du code de la santé publique (article 47 du code de déontologie médicale), refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

Article 2

Le présent contrat de remplacement est prévu pour une période de ... mois (ou jours) s'étendant du ... au ... compris.

Article 3

Pendant la durée du présent contrat de remplacement et pour les besoins de son exécution, le Dr Y. aura l'usage des locaux professionnels, installations et appareils que le Dr X. met à sa disposition. Il en fera usage raisonnablement.

Compte tenu du caractère par nature provisoire de l'activité du remplaçant, celui-ci s'interdit toute modification des lieux ou de leur destination.

Article 4

Le Dr Y. exerçant son art en toute indépendance sera seul responsable vis-à-vis des patients et des tiers des conséquences de son exercice professionnel et conservera seul la responsabilité de son activité professionnelle pour laquelle il s'assurera personnellement à ses frais à une compagnie notoirement solvable. Il devra apporter la preuve de cette assurance avant le début de son activité. (4)

Article 5

Le Dr Y. utilisera conformément à la Convention nationale les ordonnances ainsi que les feuilles de soins et imprimés pré-identifiés au nom du Dr X. dans son activité relative aux seuls patients du Dr X.

En outre, il devra faire mention de son identification personnelle sur les ordonnances, feuilles de soins et imprimés réglementaires qu'il sera amené à remplir.

.../...

Article 6

Les deux co-contractants auront des déclarations fiscales et sociales indépendantes et supporteront personnellement, chacun en ce qui les concerne, la totalité de leurs charges fiscales et sociales afférentes au dit remplacement.

Article 7

Le Dr Y. percevra l'ensemble des honoraires correspondant aux actes effectués sur les patients à qui il aura donné ses soins.

Il devra remplir les obligations comptables normales et habituelles qui lui sont imposées réglementairement.

En fin de remplacement, le Dr X. reversera au Dr Y % du total des honoraires perçus et à percevoir correspondant au remplacement.

Conformément aux dispositions de l'article R.4127-66 du code de la santé publique (article 66 du code de déontologie médicale), le remplacement terminé, le remplaçant cessera toute activité s'y rapportant et transmettra les informations nécessaires à la continuité des soins.

Article 8

Si au terme du remplacement prévu au présent contrat le Dr Y. a remplacé le Dr X. pendant une période de trois mois, consécutifs ou non, il ne pourra sauf accord écrit du Dr X. (5) s'installer pendant une durée de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin remplacé ou éventuellement ses associés (préciser ici commune, arrondissement, distance ...). (6)

Article 9 : Conciliation

Tous les litiges ou différends relatifs notamment à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis avant tout recours à une conciliation confiée au Conseil départemental de l'Ordre des médecins, en application de l'article R.4127-56 du code de la santé publique (article 56 du code de déontologie médicale).

Article 10 : Arbitrage (7)

En cas d'échec de la conciliation, les litiges ou différends relatifs à la validité, l'interprétation, l'exécution ou la résolution du présent contrat, seront soumis à l'arbitrage conformément au règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins.

1^{ère} option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à un arbitre unique. Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'amiable compositeur. (8)
Les parties peuvent faire appel de la sentence arbitrale.

2^{ème} option :

Dès à présent, les parties conviennent de soumettre leur litige à trois arbitres désignés selon les modalités définies à l'article 4 du règlement d'arbitrage de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins.
Le tribunal arbitral statuera avec les pouvoirs d'amiable compositeur. (8)
Les parties renoncent à la possibilité de faire appel.

.. / ...

Le siège de la Chambre nationale d'Arbitrage des médecins est fixé à PARIS 8^{ème}, 180 Boulevard Haussmann.

Article 11

Les parties affirment sur l'honneur n'avoir passé aucune contre-lettre ou avenant relatif au présent contrat qui ne soit soumis au Conseil départemental.

Article 12

Conformément aux dispositions des articles R.4127-65 et 91 du code de la santé publique (articles 65 et 91 du code de déontologie médicale), ce contrat sera communiqué au Conseil départemental de l'Ordre avant le début du remplacement.

Son renouvellement sera soumis à ces mêmes dispositions.

Fait en trois exemplaires
(dont un pour le Conseil départemental)
le

Docteur X.....

Docteur Y....

- (1) Il est recommandé que les modalités habituelles de fonctionnement du cabinet soient précisées au remplaçant, dans le souci de la permanence des soins.
- (2) Cette activité personnelle ne devra en aucun cas être préjudiciable à la permanence des soins au sein du cabinet du médecin remplacé, activité justificative de l'établissement dudit contrat et ne pourra jamais être une activité de soins donnant lieu à délivrance de feuilles de maladie ; il ne peut s'agir que de médecine de prévention, d'examens pour des compagnies d'assurances ... qui entrent dans l'activité habituelle du médecin remplaçant.
- (3) clause facultative, à débattre entre les signataires ; elle devra faire l'objet d'une annexe au présent contrat.
- (4) il serait souhaitable que la copie de cette assurance soit jointe au présent contrat.
- (5) L'accord peut consister en une renonciation totale ou limitée dans le temps à se prévaloir de l'interdiction d'installation édictée à l'article R.4127-86 du code de la santé publique (article 86 du code de déontologie médicale) et rappelée par cette clause du contrat.
- (6) Pour les remplacements inférieurs à trois mois, les parties au contrat gardent la faculté d'introduire une clause de non-réinstallation si la durée de remplacement le justifie.
- (7) la clause d'arbitrage (clause compromissoire) est facultative et les parties peuvent décider de ne pas y recourir ou encore y recourir dans des conditions différentes de celles proposées ci-dessus.
- (8) les parties peuvent renoncer à cette modalité de l'arbitrage et, dans ce cas, il suffit de supprimer la mention de l'amiable composition.

.../...

VU

NANCY, le 8 juin 2017
Le Président de Thèse

NANCY, le 10 juin 2017
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Jean-Dominique de KORWIN

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9890

NANCY, le 20 juin 2017

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : Malgré l'inversion démographique (diminution des effectifs de médecins généralistes libéraux installés et allongement de la période avant installation pendant laquelle les jeunes médecins effectuent des remplacements), trouver un remplaçant pour le médecin généraliste installé durant ses absences semble aussi difficile, voire plus encore que par le passé. En raison des difficultés éprouvées pour y parvenir, reste-t-il, en 2016, un intérêt pour le généraliste à se faire remplacer ? **Méthode :** Étude qualitative par entretiens semi-directifs de 12 médecins généralistes installés en Lorraine se faisant remplacer régulièrement. **Résultats :** Les expériences de remplacement des médecins généralistes sont très majoritairement satisfaisantes. Ce qu'ils apprécient, c'est un remplaçant dont la pratique et le relationnel s'approchent des leurs, un certain mimétisme. *A contrario*, un remplaçant trop différent sera source d'insatisfaction pour l'installé. Les retours des patients concernant leur rencontre avec le remplaçant sont importants pour les remplacés. Les patients se disent satisfaits des remplaçants, même si pour certains subsiste une méfiance envers ce professionnel inconnu et souvent jeune. De ce fait, quelques consultations pour confirmer une prise en charge ou être rassuré ont lieu, mais leur impact sur la charge de travail au retour de l'installé ne suffit pas à retirer le bénéfice du remplacement. La différence générationnelle avec le remplaçant, souvent jeune et proche des études universitaires, permet souvent au remplacé de mettre à jour des recommandations ou de découvrir des pratiques récentes. Le remplacement améliore les relations avec les patients, par les expériences positives mais aussi la bonne gestion des rares expériences négatives. Les installés sont en général satisfaits des relations contractuelles (contrat, niveau de rémunération et communication) avec leurs remplaçants. Malgré les difficultés de recrutement, la mise en danger d'un patient par faute médicale ou négligence pourrait leur faire déclencher une rupture de contrat. Pour améliorer encore l'expérience du remplacement, les installés souhaiteraient un remplaçant régulier et fidèle. **Conclusion :** En 2016, malgré les difficultés éprouvées à se faire remplacer, les médecins généralistes restent attachés à cette pratique, tout en soulignant certaines limites. Offrir une continuité des soins à ses patients paraît primordial.

TITRE EN ANGLAIS

In 2016, is it still advantageous for the general practitioner to be replaced by a locum?

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2017

MOTS CLÉS : médecine générale ; médecins généralistes ; remplacement ; étude qualitative

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LÈS NANCY Cedex
